

PLANIFICATION HOSPITALIERE

VISIONS + ACTIONS

ESSAIS DE MODELISATION POUR LA SUISSE

30.05.2002

François B. de WOLFF Architecte EPFZ

PROFESSEUR: Gianfranco Domenighetti, Dr. en économie, Chef du service de la santé tessinoise

Expert POLITIQUE: Philipp Stähelin, Dr en droit, avocat, Conseiller aux Etats (TG), ancien président de la CDS

Expert TECHNIQUE: Luca Crivelli, Dr en économie, prof. SUPSI et privatdocent UNISI, Lugano

« Toutes les manières de voir le monde sont
bonnes, pourvu qu'on en revienne. »

Nicolas Bouvier [L'usage du
monde]

« ...manier les contraintes comme une 'pompe
à imagination' »

Georges Perrec [
interview RSR 2, 1981]

RESUME

Constatant que la Suisse n'a pas encore su trouver une démarche systématique pour maîtriser les coûts du secteur de la santé, l'auteur propose une approche globale de la planification hospitalière. D'abord, partant d'une enquête réalisée par la CDS et des comparaisons internationales, il démontre la faisabilité d'une importante diminution du nombre de lits hospitaliers. Ensuite, à l'aide d'un modèle mathématique d'optimisation, croisant des données démographiques et routières (le modèle GEOSTAT de l'Office fédéral des statistiques), il démontre que ces lits pouvaient être distribués dans environ 40 hôpitaux dont aucun ne serait à plus de 60 minutes de temps d'accès. Il termine par une estimation approximative et très sommaire du potentiel d'économie de cette rationalisation. L'auteur reconnaît les difficultés pratiques d'une refonte si fondamentale du système hospitalier, mais conclut qu'une approche stratégique basée sur des techniques de modélisation a un potentiel majeur, encore peu utilisé en Suisse, comme aide à la décision dans la planification hospitalière.

Mit der Feststellung beginnend, dass die Schweiz derweil noch keine systematische Mittel gefunden hat um die Gesundheitskosten im Griff zu halten, schlägt diese Studie eine gesamthafte Betrachtungsweise der Spitalplanung vor. Auf einer SDK-Studie aufbauend und mit internationalen Werten vergleichend, zeigt der Autor die Möglichkeiten auf, im Spitalsektor der Akutbetten die Zahl drastisch zu reduzieren. Danach, mit Hilfe eines mathematischen Modells, welches Einwohnerzahlen mit Strassenstrukturen in Beziehung setzt (GEOSTAT des Bundesamts für Statistik), zeigt er auf, dass diese Betten auf ungefähr 40 Spitäler über das gesamtschweizerische Gebiet verteilt werden können, von denen keines eine längere Anreisezeit als 60 Minuten hat. Zum Schluss, mit einer groben Ueberschlagsberechnung versucht er das ungefähre Potenzial der Einsparungen einer solchen Rationalisierung zu erfassen. Der Autor weist auf die praktischen Schwierigkeiten einer solch grundlegenden Reform des Spitalwesens hin, kommt aber in seiner Analyse zum Schluss, dass ein strategisches Vorgehen, welches sich auf Modellierungstechniken abstützt, ein grosses - in der Schweiz noch recht wenig angewendetes - Potential aufweist, insbesondere als Entscheidungshilfe für die Spitalplanung.

Partendo dalla constatazione che la Svizzera non ha ancora saputo trovare una via efficace per controllare i costi della salute, l'autore di questo studio propone un approccio globale alla pianificazione ospedaliera. Sulla base di un'inchiesta realizzata dalla CDS e di confronti internazionali, egli dimostra dapprima la fattibilità di un'importante diminuzione del numero di letti ospedalieri. Quindi, con l'aiuto di un modello matematico di ottimizzazione che utilizza dati demografici e stradali (il modello GEOSTAT dell'ufficio federale di statistica), ipotizza che i letti ospedalieri vengano distribuiti in circa 40 ospedali, mantenendo il tempo di accesso per tutti i cittadini inferiore ai 60 minuti. Lo studio si conclude con una stima approssimativa dei potenziali risparmi ottenibili attraverso una tale razionalizzazione. L'autore riconosce le difficoltà pratiche di un cambiamento così radicale del sistema ospedaliero svizzero, ma conclude affermando che un approccio strategico, basato su tecniche di modellizzazione, rappresenta una risorsa, ancora poco sfruttata in Svizzera, specialmente quale supporto alle decisioni nell'ambito della pianificazione ospedaliera.

Considering that Switzerland has not yet been able to find a systematic approach allowing it to control the escalating cost of the health sector, the author of this study takes one of its most important elements, hospitals, and proposes a global approach to their planning. First, starting from a study conducted by the CDS and from various international comparisons, the study demonstrates the feasibility of a major reduction in the number of hospital beds. Next, using a mathematical optimisation model, combining demographic and road network data (the GEOSTAT model of the Federal Office of Statistics) the study demonstrates that these beds could be distributed in some 40 hospitals, of which none would have an access time of more than 60 minutes. It concludes that the potential economy of this rationalisation would be important. The author recognises the practical difficulties of such a fundamental reorganisation of the hospital system but concludes that a strategic approach based on modelling techniques has major potential, so far little used in Switzerland, as a decision making aid in hospital planning.

Table des matières

1. SUPERMARCHE DE LA SANTE: QUO VADIS?	8
1.1 La gestion de la santé aujourd'hui	8
2. BUT DE L'ETUDE.....	13
3. TRAVAUX ANTERIEURS ET SOURCES	14
3.1 Groupe de travail de la Conférence des Directeurs cantonaux des affaires sanitaires : modèle de catégorisation des hôpitaux en Suisse	14
3.2 Crivelli et alteri ... : taille idéale d'un hôpital en Suisse	18
3.3 Publications et textes traitant d'organisation optimale:.....	19
3.3.1 La nouvelle loi sur l'assurance maladie du 1.1.1996 – LAMal	19
3.3.2 Les nouvelles orientations de la politique sanitaire vaudoise (Rapport NOPS)	19
3.3.3 Ph. Bréaud, 1993, Profil d'un hôpital idéal	20
3.3.4 Un nouveau concept hospitalier.....	20
3.3.5 Planification: vision et division	21
3.3.6 Etude sur le nombre de lits de soins intensifs	22
3.3.7 Enquête CDS sur la planification hospitalière, 1999	22
3.3.8 Propositions des partis politiques à l'aube du 21 ^e siècle.....	26
3.3.9 Planification et recherche opérationnelle	27
3.3.10 Quelques autres textes :	27
3.4 Exemples étrangers.....	29
3.4.1 Lits hospitaliers de soins aigus selon l'OCDE.....	29
3.4.2 Quelques comparaisons internationales	30
3.4.3 Allemagne: surcapacités	31
3.4.4 Grande Bretagne: sous-financement chronique	31
3.4.5 France: centralisation et décentralisation	32
3.4.6 Nouvelle Zélande : réorganisation	32
3.4.7 Résumé + proposition de choix.....	32
3.5 Etude Moessinger, centres de néonatalogie	33
4. MODELISATIONS: UN LABORATOIRE D'IDEES?	35
4.1 L'application GEOSTAT	35
4.2 Critères	38
4.3 Cartographie idéale :	40
4.3.1 Approches de base	40
4.3.2 Correctif.....	44
4.3.3 Limites et frontières	45
4.3.4 Propositions	46

4.4	Exemples détaillés du Chablais.....	47
4.4.1	Bases	47
4.4.2	Analyses.....	47
4.4.3	Choix des variantes.....	47
4.4.4	Résumé et proposition de choix.....	49
5.	DE QUELQUES SOLUTIONS	50
5.1	Planification.....	50
5.2	Economies	50
5.3	Réformes.....	50
5.4	Gestion de la Planification	51
6.	ET APRES?	55
6.1	Planification pour 3-4 grandes régions intercantionales:.....	55
6.2	Autres propositions.....	56
6.2.1	ETUDE sur la proximité	56
6.2.2	ETUDE sur les économies d'échelles.....	58
6.2.3	AMONT: accréditations et numerus clausus	58
6.2.4	AVAL: groupes de patients selon Pareto et APDRG ainsi que TARMED	58
6.2.5	EXPLOITATION: outil de gestion dynamique	59
6.3	Réflexion politique:.....	59
7.	MERCI MERCI MERCI	61
8.	PRINCIPALES ABREVIATIONS UTILISEES.....	62
9.	PUBLICATIONS	63
10.	ANNEXES.....	64

Table des figures

Figure 1 : Dépenses de santé dans les pays de l'OCDE en fonction du PIB par personne	9
Figure 2 : Relations entre complexe et compliqué	10
Figure 3 : SCHEMA : nœuds – systèmes stables et instables	11
Figure 4 : Densité des hôpitaux et de la population	15
Figure 5 : Hôpitaux universitaires (5 établissements)	16
Figure 6 : Hôpitaux centraux (14 établissements)	16
Figure 7 : Hôpitaux de base (128 établissements)	17
Figure 8 : Cliniques spécialisées avec et sans chirurgie (129 établissements)	17
Figure 9 : Besoins des cantons en lits	22
Figure 10 : Les propositions de densité de lits par canton en regard de l'horizon planifié	23
Figure 11 : Taux de lits hospitaliers en Suisse à l'horizon 2005/2010	25
Figure 12 : Nombre de lits de soins aigus par 1000 habitants, OCDE, 1993-1999	29
Figure 13 : Graphique des lits de soins aigus / 1000 habitants	30
Figure 14 : GEOSTAT explication à l'aide de quelques chiffres	35
Figure 15 : Mindistance et maxattend	37
Figure 16 : Carte des Communes de la Suisse	39
Figure 17 : Réseau routier suisse	40
Figure 18 : Ville > 20'000 habitants	41
Figure 19 : Implantations de 30, 38, 40, respectivement 50 hôpitaux en Suisse	42
Figure 20 : Impact de l'implantation de 38 hôpitaux sur les distances d'accès	44
Figure 21 : Implantation de 50 centres hospitaliers en Suisse	45
Figure 22 : Vision idéale et théorique	46
Figure 23 : Choix des variantes pour le site du Chablais (VD-VS)	48
Figure 24 : Typologie d'une Suisse urbaine	53
Figure 25 : L'Espace Mittelland et les territoires environnants	54
Figure 26 : Tableau comparatif des modélisations	56
Figure 27 : Carte des localisations de 261 hôpitaux (selon liste VESKA, 1994)	57

1. SUPERMARCHÉ DE LA SANTÉ: QUO VADIS?

1.1 LA GESTION DE LA SANTÉ AUJOURD'HUI

Dans la gestion actuelle de tout projet - quelle que soit sa taille - la planification et le marketing sont des outils que chaque chef d'entreprise qui se respecte utilise et applique de près ou de loin.

Dans le livre édité par J.-C. Saily et al. en 1997, « Dix ans d'avancée en économie de la santé » I. Hirtzlin, dans l'article « Les conséquences sur la production des nouveaux modes de gestion interne et externe » écrit : « *Aujourd'hui, les préoccupations [...] semblent être de concilier cohérence – équité – efficacité. Elles conduisent à associer allocation budgétaire et limitation des gammes de produits offerts par chaque hôpital* ». ¹

La littérature a déjà abondamment traité des dérives des dépenses de santé et chaque automne laisse entrevoir l'insaisissable arlésienne de la gestion maîtrisée des coûts de la santé en Suisse. Cependant, aucun remède efficace et conséquent n'a été trouvé. Soit trop d'acteurs profitent de la situation actuelle et n'ont en réalité que peu de stimuli pour essayer de changer les choses, soit notre pays est suffisamment riche et la majorité de la population arrive encore à absorber ces hausses lentes, mais certaines. Aujourd'hui, il est difficile de trouver de vrais exemples concrets de changements d'attitude importants permettant de faire de réelles économies. Nous en voulons pour preuves les quelques rares spécimens mis en œuvre ici et là permettant d'apporter, souvent avec une notion radicalement opposée aux pratiques actuelles, des économies substantielles: nous pensons, p. ex. à la maison de naissance que le Dr. B. Fasnacht a greffée directement sur l'Hôpital de Châtel St Denis ²(FR, cf. annexe 1). Le résultat est une naissance, en général seulement suivie par des sages-femmes professionnelles, naissance à laquelle l'obstétricien assiste uniquement en cas de risques élevés. La conséquence est simple: au lieu de la moyenne de Fr. 3'000.- par naissance, le coût facturé aux parturientes se situe aux environs de Fr. 800.- (il s'agit des prix de l'époque, dans les années 1996-1998 jusqu'à la fermeture de la maternité). Deuxième exemple : la prise en charge d'asthmatiques en Valais. L'exemple de l'asthme résulte d'un travail effectué par le Docteur J.-M. Tschopp de la Clinique valaisanne d'altitude à Montana en collaboration avec S. Marti de l'Institut central des hôpitaux, qui a démontré qu'une collaboration médecins-pharmaciens-infirmières diminuait le nombre de visites en urgence et d'hospitalisations. Une thèse de doctorat de C. Rosset-Burkhalter ³, en cours d'impression, démontre clairement les bénéfices du travail interprofessionnel et coordonné. Résultat: en plus d'une augmentation du confort du patient, paramètre de traitement difficilement chiffrable – économiquement parlant – une diminution du coût par cas d'environ 30% ainsi qu'une forte baisse de réhospitalisation. Troisième exemple, Genève, le réseau Delta (www.gmo.ch/delta) développé par le Dr M.-A. Raetzo et P. Schaller: les comparaisons économétriques concernant la prise en charge concertée de patients à l'intérieur et à l'extérieur de ce réseau Delta ont démontré clairement une différence de coûts significative. Au travers des cercles de qualité, les médecins de ce réseau ont développé une approche qualité qui a permis des économies importantes. Il nous semble difficilement crédible que d'aussi rares exemples soient les uniques améliorations tangibles réalisées ces dernières années tant la santé et la prise en charge des

¹ Saily, J.C et al. « 10 ans d'avancée en économie de la santé, Paris 1997 [6]

² Fasnacht, Bernard et al. Maison de Naissance à Châtel-St.-Denis (FR) et Aigle (VD) ex Med Hyg 1999; 57.158-60 cf. www.waterbirth.ch/maternité_maison.htm, cf. annexe 1

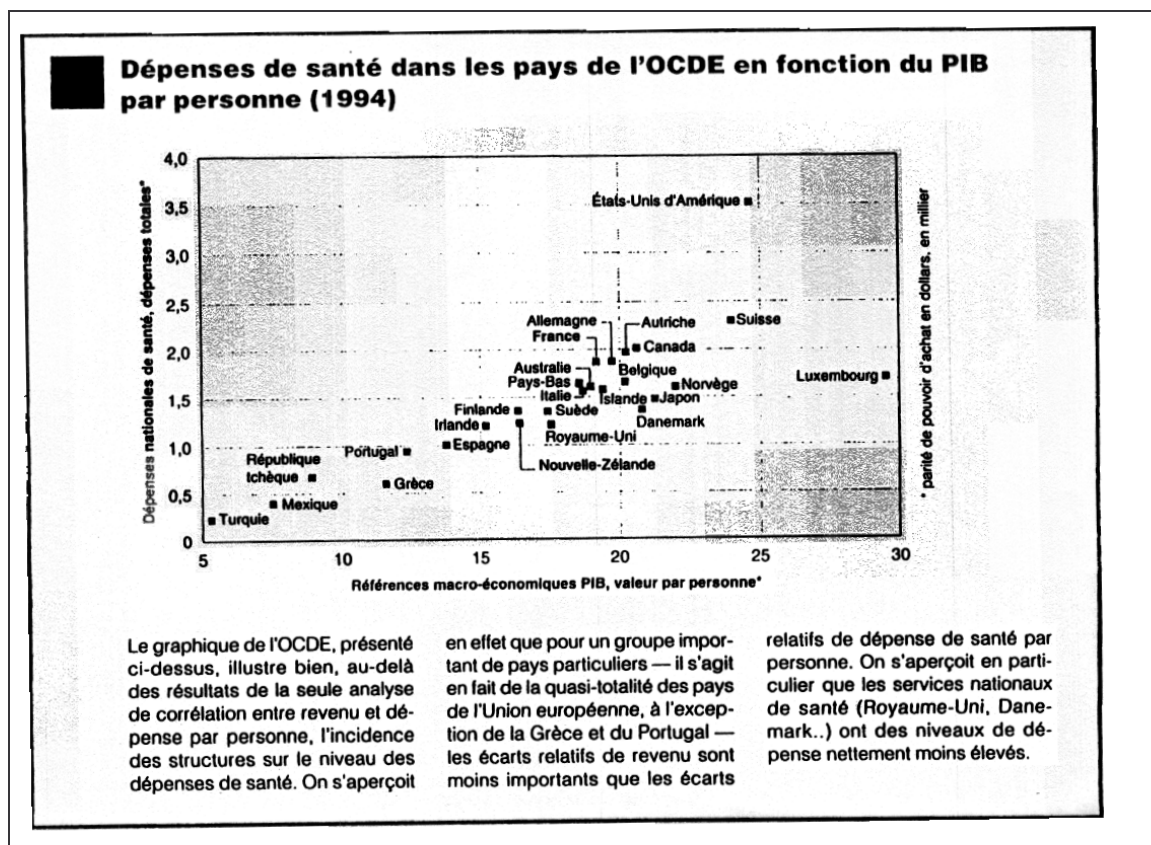
³ Rosset-Burkhalter, Catherine. "Le pharmacien comme partenaire en réseau de santé dans le traitement de l'asthme", UNI-Bâle 2002

patients sont des préoccupations qui touchent tout le monde de près ou de loin. Essentiellement, depuis la deuxième guerre mondiale, mais surtout depuis deux ou trois décennies, c'est un système qui est de plus en plus compliqué et qui, avec le nombre accru des différents intervenants, s'est fortement complexifié.

Une multitude de propositions ont été imaginées et même mises en oeuvre pour essayer de freiner la spirale de l'augmentation des dépenses de santé. D'un côté il faut quand même se rendre à l'évidence que l'augmentation très importante de la palette des prestations offertes liées à une forte évolution technologique amène automatiquement avec elle une augmentation « naturelle » des coûts de la santé. Qui aujourd'hui n'est-il pas prêt à mettre 5' à 10'000 Fr. de plus pour sa nouvelle voiture par rapport à l'ancienne si celle-ci lui offre son lot de technologies nouvelles – utiles, indispensables ou même de type gadget. Même J. Newhouse, dans un de ses nombreux articles⁴ affirme que tout au plus la moitié des dérives de santé (aux Etats-Unis) seraient couvertes par un accroissement notable des progrès de la technique médicale, les autres facteurs seraient le vieillissement de la population, l'augmentation des revenus, la surassurance [increase of insurance], la demande induite [supplier-induced demands] ainsi que des facteurs d'augmentation de productivité.

Il faut à un moment donné, accepter que le secteur santé ait une part croissante dans le PIB de tous les pays! Acceptée ou non, la tendance est quasiment sans exception : les dépenses sanitaires par habitant exprimées en % du PIB augmentent avec le PIB par habitant.

Figure 1 : Dépenses de santé dans les pays de l'OCDE en fonction du PIB par personne



Peu d'exemples, par contre, développent l'idée que la santé pourrait être un secteur économique à développer par l'intermédiaire d'une institution de santé liée directement ou indirectement à l'Etat providence et que cette croissance pourrait également générer de nouveaux emplois. Jean-Jacques

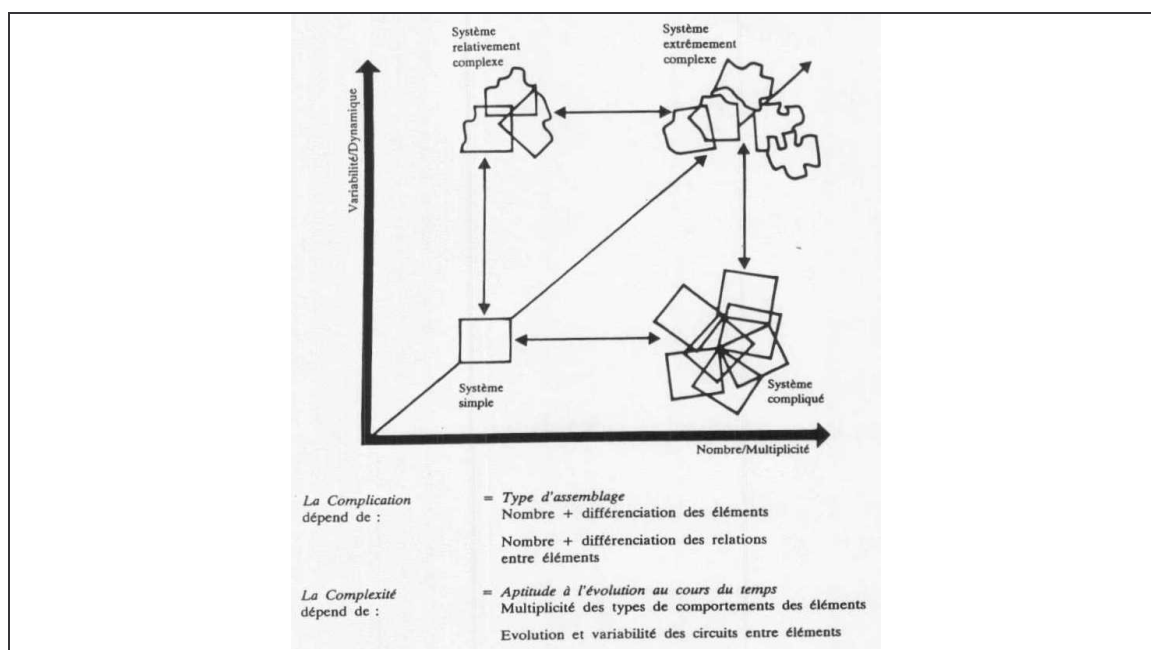
⁴ Newhouse Joseph P. "medical Care Costs: How Much Welfare Lost?" Journal of Economic Perspectives, 6 (1992) 3-21

Romatet parle dans la préface du livre « L'hôpital réformateur de l'hôpital⁵ » de la perception péjorative de la production hospitalière, considérée comme une charge pesante sur la société au lieu d'y voir une richesse nationale comme n'importe quel outil économique.

Afin de proposer des solutions nouvelles, nous nous concentrons dans ce mémoire sur l'une des parts importantes du secteur des dépenses de la santé : le **secteur hospitalier**. Sur les 40 milliards annuels dépensés en Suisse dans ce domaine, il en compose environ la moitié des frais (en 1998, frais intra-muros ca. 18.6 mia d'un total de 39,7 mia ; on devrait ajouter à cela une partie des soins ambulatoires de 7 mia - de plus en plus pratiqués par les médecins en milieu hospitalier – selon les données l'Office fédéral de la statistique (OFS), mises à jour le 13.6.2001 (cf. graphique en annexe 2)

Il y a dans la littérature de la santé énormément de publications des plus diverses. Toutefois, rares sont celles qui exaltent l'importance de la planification et de la gestion du secteur de la santé. S'appuyant sur les écrits de GENELOT⁶ ou de PROBST⁷ plusieurs sources admettent aujourd'hui que le secteur de la santé est bel et bien un des secteurs qui souffre le plus de l'augmentation de la complexité et pas seulement de la complication. Ainsi, Dominique GENELOT⁶ démontre clairement dans son ouvrage « Manager la complexité » la différence importante entre complication et complexité et, liés à cette différence, les divers outils utiles à aborder ces problèmes distincts. PROBST⁷ quant à lui a démontré dans son cours de systémique à l'Université de St Gall, à travers l'organisation d'un hôpital de taille moyenne d'aujourd'hui, l'exemple type d'un système complexe. Son schéma illustre dans la figure 2 ci-dessous les relations entre complexe et compliqué.

Figure 2 : Relations entre complexe et compliqué



Résoudre les problèmes complexes : la dynamique, base de la complexité ne peut être représentée dans une figure statique.

Dans sa publication, Walter Häfele⁸ explique par un schéma inspiré du Prof. Allemand Frederic Vester (cf. fig. 3 ci-dessous) l'évolution dans le temps des phénomènes complexes et interconnectés. Il faut se rendre à l'évidence que le secteur de la santé a développé une complexité croissante et

⁵ Cf. ci-dessous, information donnée dans le dernier chapitre (ch. 5.3) sur ce livre paru aux éditions Erès, en 2000

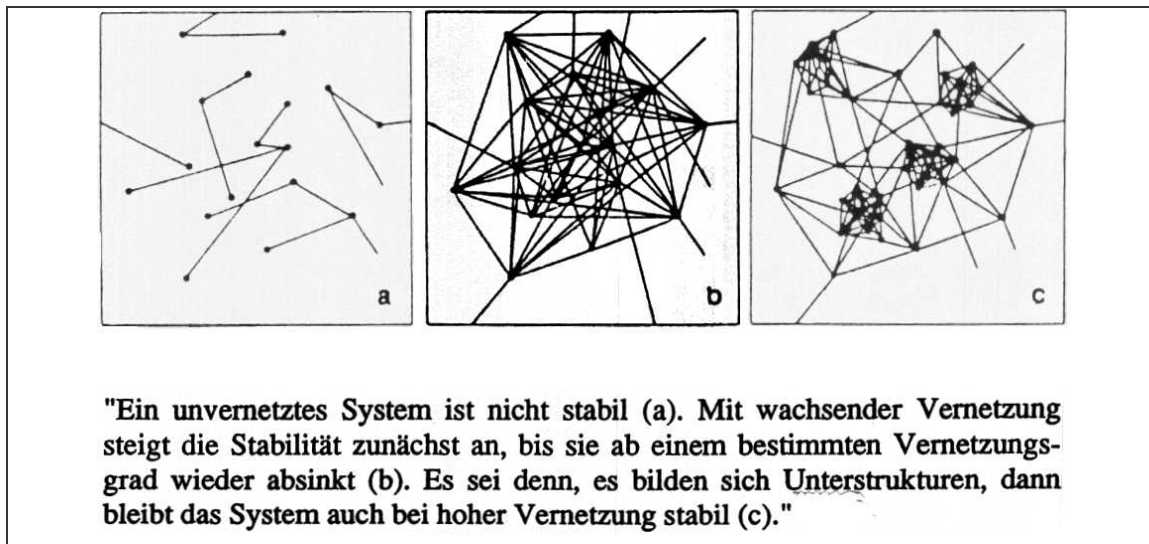
⁶ Genelot, Dominique «Manager la complexité», INSEP 1999 pages. 24-31, 36-41, 113-124 cf. annexe 3

⁷ Probst G.J B et Ulrich, H. Pensée globale et management, Genève, 1980

⁸ Häfele, Walter, "Systemische Organisationsentwicklungen, ed.Lang Frankfurt am Main,1990

fortement enchevêtrée.

Figure 3 : SCHEMA : nœuds – systèmes stables et instables



Quelques auteurs parlent des contradictions ou des paradoxes du système de santé. Ainsi Häfele explique dans la même publication, par un schéma, les contradictions existantes dans tout système d'organisation et d'administration. Selon cette explication, le but de la sécurité imaginé et désigné par l'organisateur ou l'autorité supérieure va à l'encontre de la réalité du terrain qui exige de la flexibilité pour s'adapter à l'évolution des choses (cf. annexe 4). Domenighetti⁹ dans son cours "Introduction à l'économie de la santé" aux HEC de Lausanne parle de l'interaction très forte, peut-être serait-il plus précis de parler ici d'opposition, entre les dépenses et le financement du système de soins (cf. schéma en annexe 5).

Quant à Charles Kleiber¹⁰, il parle de trois paradoxes, "*comme une 'cohérence supérieure' qui illustre simultanément plusieurs significations contradictoires*". Ces trois paradoxes sont: les services de soins qui accaparent beaucoup de ressources et contribuent relativement peu à l'amélioration de l'état de santé de la population (plusieurs études comparatives portant sur les relations entre santé de la population, coûts des services de soins et revenus par habitant, ne montrent aucune relation statistiquement significative entre la santé de la population concernée et le coût des services de soins; cf. à ce sujet graphique de Wright (en annexe 6) ou le graphique des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE en fig. 1 ci-dessus; les valeurs sanitaires dominantes ne correspondent pas à notre situation épidémiologique (vision éclatée et très spécialisée de la médecine occidentale d'aujourd'hui - en opposition à la vision holistique chinoise, p. ex. en face de situations cliniques et sociales complexes); la logique des besoins est en conflit avec la logique des moyens (la première établit implicitement une relation causale entre les ressources et la guérison, la deuxième se déclare d'une approche rationnelle et technocratique, cf. à ce sujet tableau et explication en annexe 7).

Il est aisé de constater qu'aujourd'hui le secteur de la santé est en crise.

Pour sortir de cette crise, les quelques propositions de réformes de la LAMal (cf. liste en annexe 8)

⁹ Domenighetti G. "Introduction à l'économie de la santé", recueil de notes et d'articles, HEC, iems UNIL, 1998-99, p. 23

¹⁰ Kleiber C. "Questions de soins", essai sur l'incitation économique à la performance dans les services de soins, Payot, Lausanne 1991; p. 87-110

en Suisse ressemblent plus à des réformettes frileuses – il est vrai qu’il est difficile de contenter à la fois 26 cantons¹¹ et divers partis politiques sans une idée dominante et sans une personnalité forte et charismatique - qu’à une réelle volonté d’empoigner le problème à la base et de trouver de vraies solutions assurant une efficacité certaine. Domenighetti parle dans son cours¹² du « super-marché suisse de la Santé » Super-marché dans lequel tous les participants, y compris finalement le consommateur, tirent profit et que c’est, entre autres, pour cela que personne n’a vraiment avantage à changer fondamentalement quelque chose. Le gâteau de la santé augmente et actuellement on est plutôt dans un jeu de « Pierre-noir » (cost shifting) que dans un réel essai de contrôles des coûts globaux (cost controlling): chacun essaie de garder la bonne part du gâteau pour soi en tentant de refile le « Schwarzpeter » à son partenaire en le chargeant de tous les torts. Peut-être est-ce lié au fait que le problème est tellement complexe qu’il n’est pas possible de le résoudre avec des outils normaux de gestion? Peut-être serait-il nécessaire d’introduire des outils de gestion dynamiques - seuls outils permettant de résoudre plus facilement des problèmes réellement complexes - pour enfin avoir des résultats probants? En tous les cas, il n’y a pas ou très peu de vraies incitations à diminuer les coûts de la santé, comme ils ont p. ex. été mis en œuvre, souvent après quelques gros grincements de dents de certains acteurs, dans les pays anglophones ou nordiques (cf. chapitre 3.4 ci-dessous).

Il nous paraît important d’aborder des réformes profondes et réelles en attaquant le phénomène sous trois angles d’approche très différents :

- premièrement, de mieux gérer la planification,
- deuxièmement de mettre en place un réel outil de gestion des principales sources de dépenses (p. ex à travers la mise en place d’une gestion dynamique des hôpitaux),
- troisièmement, de mieux réguler et contrôler l’acte médical, en aval (p.ex. TARMED¹³ et APDRG) et en amont (p.ex. numerus clausus et accréditation des médecins).

Commençons par le commencement : la planification.

¹¹ Rappel à propos du nombre de cantons en Suisse : il y a 23 cantons dont 3 sont divisés en demi-cantons, au total donc 26 cantons et demi-cantons; c’est pour cette raison qu’on trouve dans la littérature ces deux chiffres.

¹² idem note de bas de page N° 9, p. 11

¹³ cf. liste des abréviations au chapitre 8 et note de bas de page No 44, p. 55

2. BUT DE L'ETUDE

Le but de cette étude est de démontrer, qu'en appliquant les exigences existantes du nombre communément admis de lits de soins aigus par 1000 habitants, il est possible d'arriver à un **chiffre idéal d'établissements hospitaliers de soins aigus répartis sur tout le territoire de la Confédération**, afin d'assurer sécurité, qualité et équité des soins à toute la population. Il pourra découler de cette modélisation une diminution ou augmentation du nombre prévisible de journées d'hospitalisation par rapport aux données actuelles. La proposition est une **vision idéale** qui pourrait être mise en œuvre plus ou moins rapidement en regard des options politiques, de la planification cantonale des divers cantons et régions et de la vétusté des structures hospitalières existantes.

Il est utile de préciser que pour mettre cette vision idéale en œuvre au moins trois facteurs sont incontournables :

- la mise en œuvre d'une gestion performante des urgences préhospitalières (telle qu'elle existe p. ex dans le canton de Vaud ¹⁴), à savoir possibilité d'intervention sur tout le réseau cantonal de 20 minutes, stabilisation du patient et transport dans l'unité hospitalière la plus proche dans les 80 minutes suivantes ;
- la concentration de plateaux médico-techniques performants dans des hôpitaux de taille suffisante (min 135 lits ; cf. étude Crivelli et al. , chapitre 3.2 ci-dessous) pour assurer avec les moyens techniques et médico-techniques performants sécurité, qualité et efficience ;
- une planification à plus grande échelle pour les cas de médecine de pointe, telle qu'elle devrait se faire entre les hôpitaux universitaires suisses et européens.

¹⁴ Urgences préhospitalières : mise en œuvre du renforcement de la chaîne des urgences ; cf. texte approuvé par le Conseil d'Etat vaudois au printemps 1999 et rapport de l'Interassociation suisse de sauvetage (IAS) à la Conférence des Directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS, octobre 1993, extraits en annexe 9).

Le bilan établi en 1997 dans le cadre du rapport des Nouvelles orientations de la politique sanitaire (NOPS) faisait état de lacunes importantes, tant au niveau suisse qu'au niveau vaudois, en matière de prise en charge des urgences pré-hospitalières. Suite à ce constat, un programme cantonal de renforcement a été mis sur pied. En matière de secours préhospitaliers, la rapidité des interventions et la médicalisation des soins donnés sur place sont déterminants pour réduire la mortalité et les séquelles de nombreux accidents et maladies. Les objectifs fixés par l'Interassociation suisse de sauvetage (IAS) et la Fédération des médecins suisses (FMH) précisent que les secours doivent permettre, pour les cas graves, l'intervention de moyens performants en moins de 20 minutes, ceci dans au minimum 90% des situations. Il s'agit ainsi de traiter précocement et efficacement les patients menacés avant leur arrivée à l'hôpital, dans un délai le plus court possible entre la détresse et le début des soins médicaux. Une fois le patient stabilisé sur le lieu de l'accident on admet un temps variant entre 60 et 80 minutes pour l'acheminer vers l'établissement hospitalier adéquat le plus proche. Un effort particulier a été mis en place avec une coordination de l'appel d'urgence – extension de la Centrale d'alarme sanitaire 144 pour tout le Canton à Lausanne dès 1997 – de l'intervention des diverses ambulances, puis finalement d'un renforcement médical d'intervention appelé SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation). Ceci amène à l'autre bout de la chaîne préhospitalière la nécessité du renforcement des divers services des urgences hospitalières avec, obligatoirement, une séparation claire entre le service de la policlinique et celui des urgences, tel qu'il a été mis en œuvre dans plusieurs des hôpitaux du canton (p. ex Payerne, CHUV, etc.). Le service d'accueil des urgences (SAU) prévoit, aujourd'hui, dans le canton de Vaud, le CHUV et les sept hôpitaux de zones actuels. Les SAU ont pour mission de prendre en charge en tout temps les cas prioritaires et les urgences vitales, en répondant aux critères de sécurité et de qualité de référence dans ce domaine. Dans le cadre de l'orientation optimale des cas d'urgences, le SAU concerné, s'il est surchargé, en informe l'ambulance d'urgence et de sauvetage pour qu'elle achemine son patient vers un autre SAU ou – en cas de catastrophes plus importantes – que le plan ORCA (Organisation catastrophe) puisse être déclenché à l'un des niveaux prévus.

3. TRAVAUX ANTERIEURS ET SOURCES

Plusieurs travaux et études ont influencé la réflexion pour arriver à proposer une planification globale : dans l'ordre d'importance, il faut prendre les travaux des années nonante de la CDS (Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires, en allemand SDK : Sanitäts - Direktoren -Konferenz), les études de divers auteurs recherchant à expliquer pourquoi un hôpital peut atteindre une taille optimale à son fonctionnement – Crivelli et al. – mais aussi d'autres publications ou études traitant sous divers aspects de la « bonne » taille d'un service ou d'une unité de soins. Quelques-unes, choisies, sont analysées de manière plus approfondie dans ce chapitre.

3.1 GROUPE DE TRAVAIL DE LA CONFERENCE DES DIRECTEURS CANTONAUX DES AFFAIRES SANITAIRES : **M**ODELE DE **C**ATEGORISATION DES **H**OPITAUX EN SUISSE

Ayant eu l'opportunité de participer à plusieurs groupes de travail de la CDS en tant que délégué vaudois de 1996 à 1998, un des travaux intéressants qui fut élaboré dans la sous-commission traitant des « Modélisations des taxes hospitalières »¹⁵, sous la présidence de M. P. Stähelin (TG), puis de Mme S. Mörikofer (AG) fut certes celui traitant ou essayant de traiter de la catégorisation des hôpitaux en 1996/7. En collaboration avec tous les partenaires de la santé représentés à la CDS, fut étudiée, sous la direction de M. Christian Haudenschild, une recherche de catégorisation des hôpitaux en Suisse. Le premier résultat¹⁶, expliquant les différentes méthodes d'extractions des données, est publié sous la plume de son auteur principal A. Plank auprès de H+, à Aarau en automne 1996. Sans entrer dans les détails de ce travail, il faut dire qu'afin d'avoir un modèle de taxe hospitalière utilisable, il fallait trouver des éléments comparables et communs entre les diverses institutions prodiguant des soins dans les 23 cantons suisses, afin d'avoir des valeurs économiques comparatives et de pouvoir appliquer des comparaisons de coûts acceptées par tous les acteurs, malgré les nombreuses divergences, parfois extrêmes, entre les divers décideurs. Finalement, il ressort de ce travail un résultat graphique, cf. figure 4 – 8 ci-dessous. Il n'a pas été publié, mais fut annexé au procès-verbal de la séance interne du groupe de travail de M. Stähelin de décembre 1997. Ce qui est représenté est une vision de la densité de la population en Suisse par district (cartographie de base) sur laquelle sont projetées les diverses catégories d'hôpitaux et cliniques :

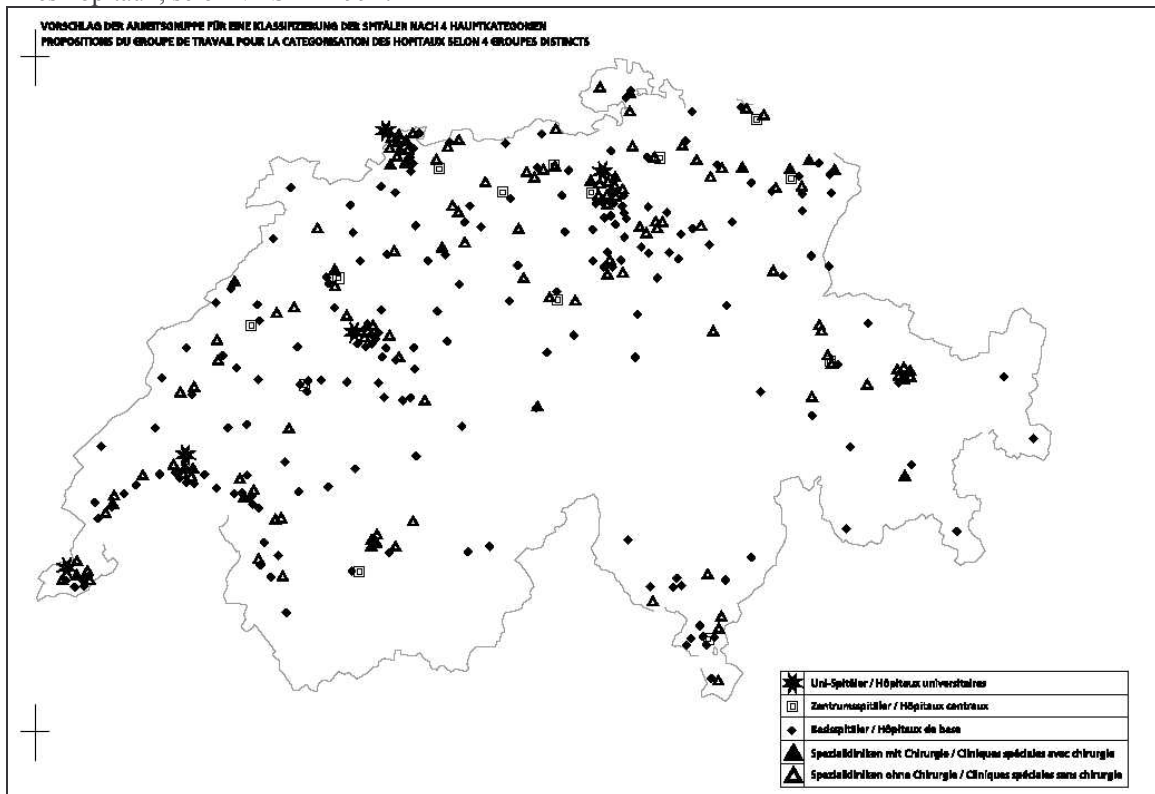
¹⁵Commission « Application de l'assurance-maladie »: Présidents Dr. Ph.. Stähelin, puis Mme S. Mörikofer. Membres : Mme Françoise de Vries (ZH), MM. Walter Bachmann (LU), Bruno Cereghetti (TI), Daniel Conne (NE) puis G. Dupuis (VS), Erhard Ramseier (BE), Erhard Trommsdorff (AG), Dr Rolf Weiss (SG), Franz Wyss (CDS), Pierre de Herdt, secrétaire CDS et l'auteur.

Sous-commission « Modélisations des taxes hospitalières » : MM. Dr Arthur Bernet (CDS/AG), Daniel Wyler (CAMS), Dr Christof Haudenschild (président, VESKA), Peter Loosli (MV-IV/AM-AI), Dieter Nigg (VESKA), Rainer Schellenberg (MTK/CTM), André Plank (VESKA), Hubert Schaller (VESKA) Dr Werner Widmer (VESKA), Pierre de Herdt (CDS) et l'auteur.

¹⁶Plank A. Möglichkeiten zur Kategorisierung von Spitälern, H+, Aarau 1996

Figure 4 : Densité des hôpitaux et de la population

Des hôpitaux, selon VESKA 1994.



De la population par canton, 1996.

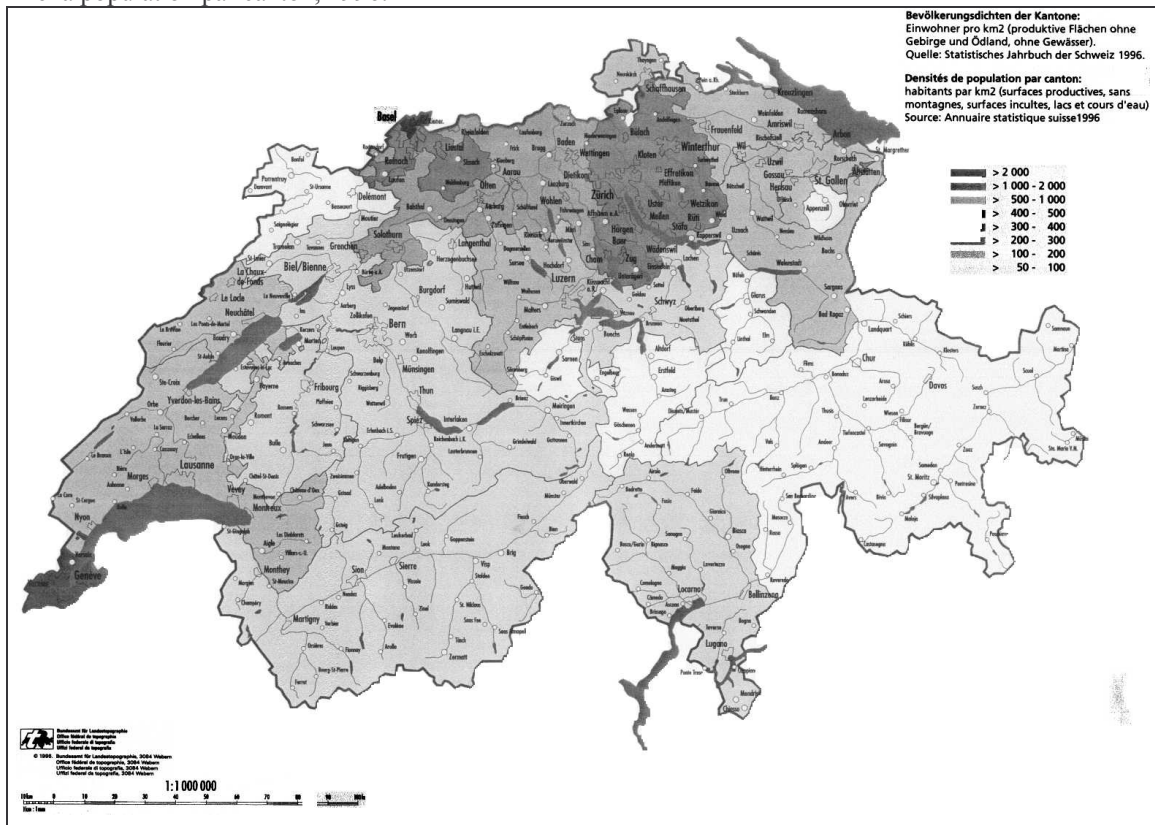


Figure 5 : Hôpitaux universitaires (5 établissements)

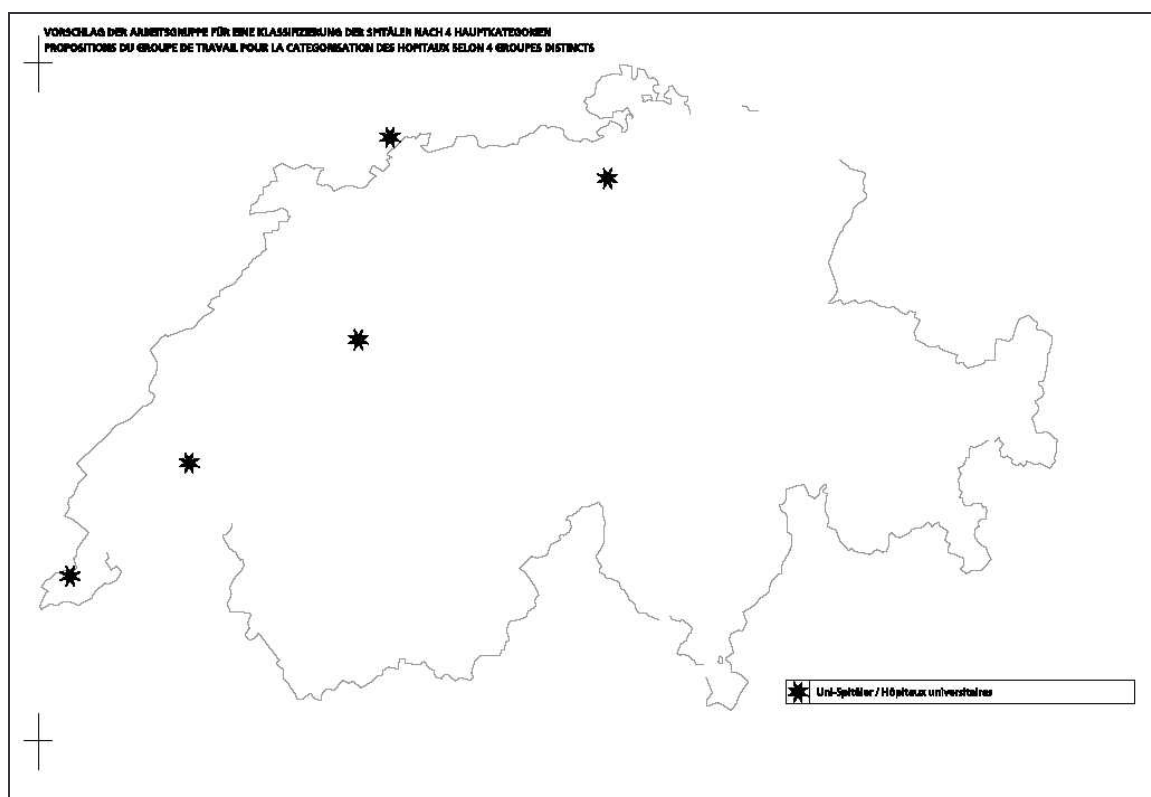


Figure 6 : Hôpitaux centraux (14 établissements)

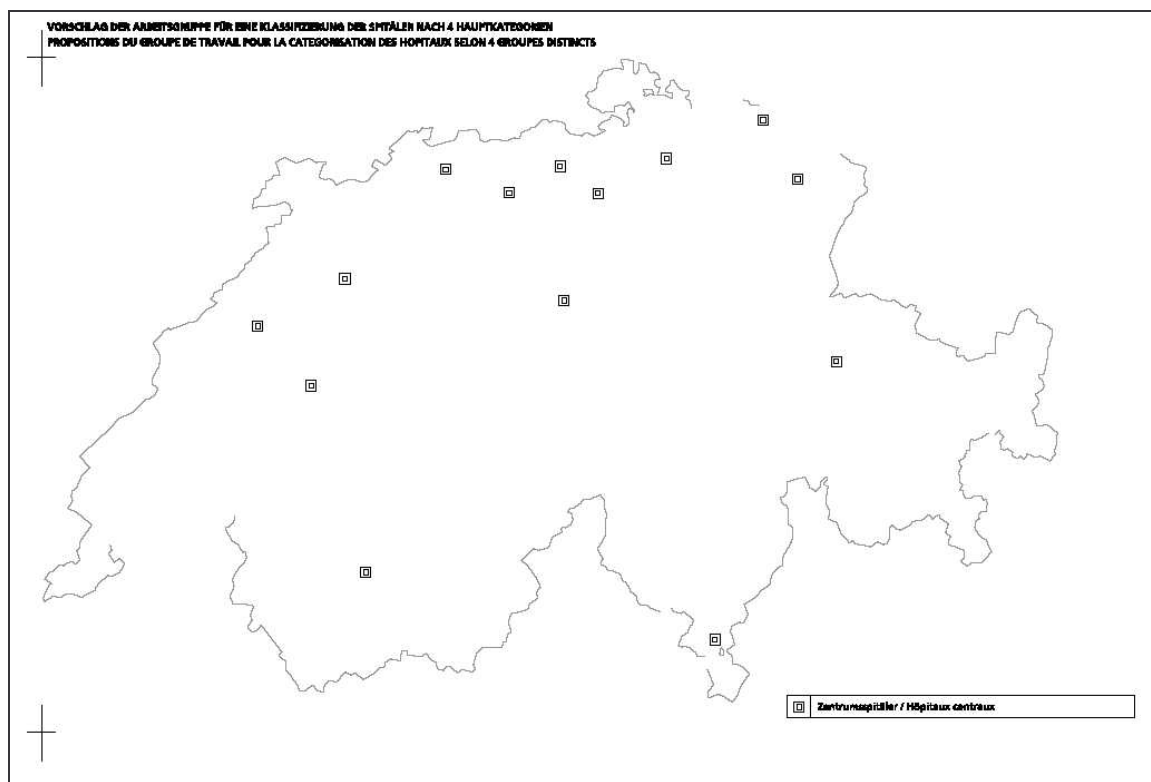


Figure 7 : Hôpitaux de base (128 établissements)

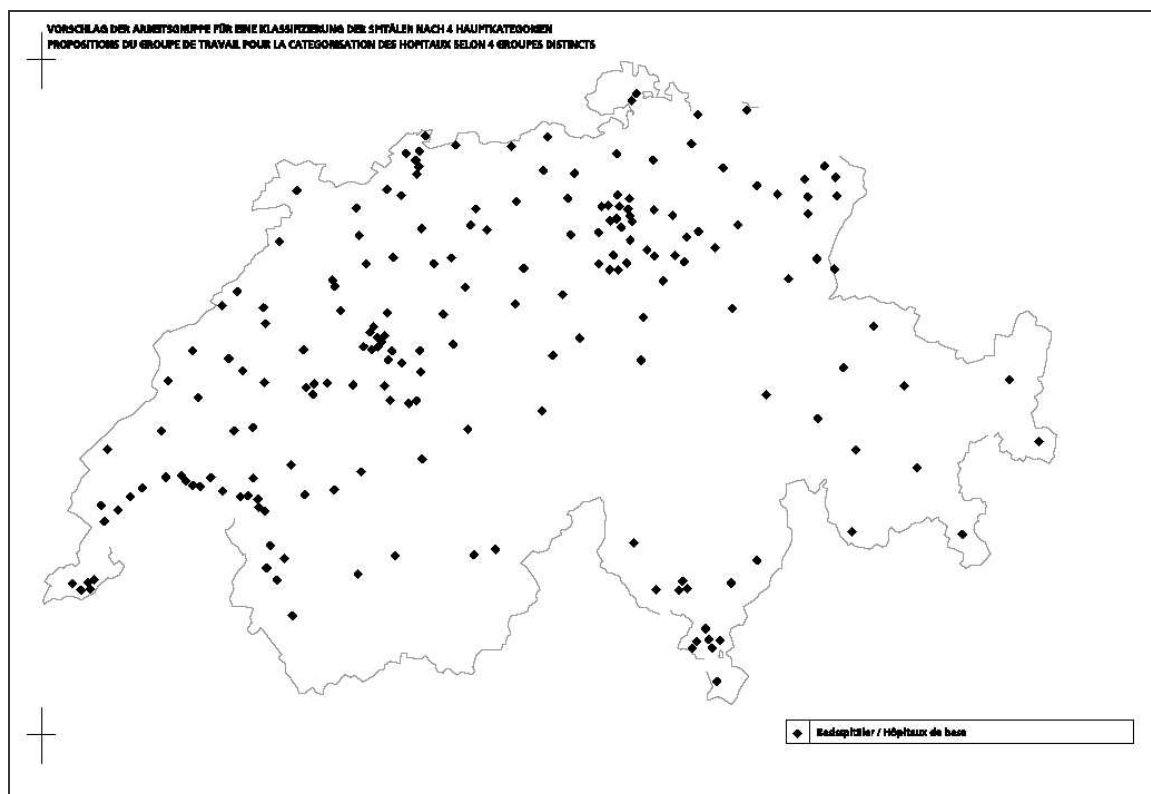
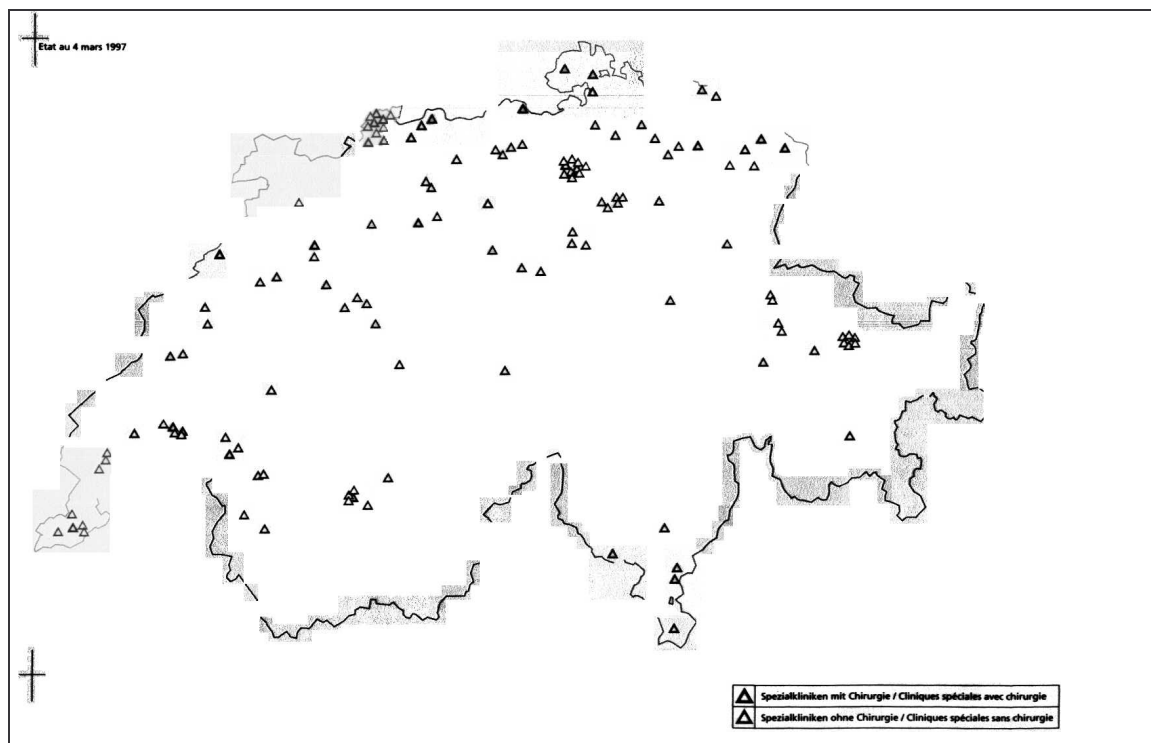


Figure 8 : Cliniques spécialisées avec et sans chirurgie (129 établissements)



Il est intéressant de constater que sur la totalité des 276 hôpitaux et cliniques - alors sur les listes de la VESKA en 1994 - le regroupement par catégories d'hôpitaux permet assez aisément une vision plus claire et simplifiée de la Suisse hospitalière de l'époque. Une fois catégorisés certains éléments

selon une nomenclature simple, l'imbroglio de la grande diversité suisse provenant de la souveraineté de 23 cantons différents ne paraît plus aussi complexe qu'a priori. C'est un excellent exemple d'une modélisation réussie qui permet d'attaquer un problème touffu sous un angle nouveau et simplifié.

3.2 CRIVELLI ET ALTERI ... : TAILLE IDEALE D'UN HOPITAL EN SUISSE

Dans l'étude économétrique que les tessinois Luca Crivelli, Massimo Filippini et Diego Lunati ont terminé en mai 2000 à l'UNISI, étude qui fut reprise en 2001 ¹⁷, les auteurs arrivent à la conclusion que la grandeur optimale d'un hôpital de soins aigus, calculée en termes de nombre de lits, pour un état comme la Confédération suisse, est d'environ 300 lits. Ils admettent que des économies d'échelle sont certes déjà obtenues pour l'essentiel des services hospitaliers dès un nombre minimum de 135 lits, mais que celles-ci atteignent un optimum à plus du double. Il est intéressant de constater que dans cette publication, ils arrivent dans leurs conclusions à nous rendre attentifs à plusieurs points, à savoir :

- en comparaison des coûts par journée habituellement utilisés jusqu'ici, les surcoûts dépassent rapidement les 10% pour toutes les structures hospitalières de moins de 135 lits A (soins aigus) ;
- ces résultats, valables uniquement pour le contexte désigné dans leur étude, rejoignent les orientations récentes émises par la plupart des professionnels de l'économie du secteur sanitaire qui recommandent une dimension minimale pour les hôpitaux, afin de promouvoir une efficience d'échelle et de coûts ;
- l'assiette fédérale du secteur sanitaire suisse attribuant la compétence légale de la planification du financement et de la gestion aux 26 cantons a favorisé le développement de structures non optimales du point de vue des dimensions moyennes des institutions. En effet, d'après les données de l'époque, plus de 70% des hôpitaux reconnus d'intérêt public en Suisse n'atteignent pas le seuil des 135 lits et sont donc à considérer comme inefficients du point de vue de l'économie d'échelle ;
- en conséquence à l'augmentation des taux d'occupation moyenne par lit aigus (lits A), accompagnée d'une forte réduction des durées moyennes de séjour, on est arrivé dans de nombreux cantons à créer une offre exagérée de lits. Il en découle que la diminution linéaire du nombre de lits hospitaliers a pour corollaire, en parallèle avec le souci d'une politique régionaliste, de maintenir la même équité d'accès à des prestations sanitaires sur l'entier du territoire qu'actuellement, de contribuer à accentuer ultérieurement le problème de l'inefficience de la taille des hôpitaux existants ;
- à l'avenir, il sera intéressant de suivre attentivement les divers processus d'innovations de modèles de régulations hospitalières qui seront mis en œuvre dans les cantons. Ils soulignent encore ici la richesse des divers modèles cantonaux de financement présentant une véritable concurrence potentielle avec chacun de leurs modèles alternatifs de rémunération des prestations et d'organisation du secteur. Ils rappellent également que la dimension des établissements n'est finalement qu'un seul des aspects/facteurs parmi de nombreux autres qui conditionnent l'efficience complexe de l'hôpital. D'autres facteurs possibles sont la forme institutionnelle (for profit-non profit) et le type de la régulation appliquée ;
- enfin, la Suisse, avec son système sanitaire multiple, est donc un laboratoire optimal pour étudier à l'échelle 1/1 et de manière empirique la relation entre modèles alternatifs de réglementation et l'efficience réelle des établissements hospitaliers.

¹⁷ Crivelli L., Filippini M., Lunati D., « Dimensione ottima degli ospedali in un Stato federale » *Economia Publica*, XXXI (5), 97-119, 2001, cf. annexe 10

3.3 PUBLICATIONS ET TEXTES TRAITANT D'ORGANISATION OPTIMALE:

En plus des deux éléments clés ci-dessus, nous nous référons à plusieurs autres textes contribuant chacun de manière différenciée à l'approche d'une meilleure planification.

3.3.1 La nouvelle loi sur l'assurance maladie du 1.1.1996 – LAMal

La LAMal a fait l'objet de très nombreuses publications plus ou moins critiques sur quasi tous ses articles. Nous ne voudrions pas entrer en matière sur l'un ou l'autre des nombreux aspects discutés, encensés ou mis en cause. Il nous paraît important de rappeler qu'elle a été mise sur pied assez rapidement par le prédécesseur M. F. Cotti, PDC, de l'actuelle Conseillère fédérale socialiste en charge de la Santé. C'est une des lois suisses qui a très profondément touché toutes les couches de la population. En plus de cela, il est intéressant de constater que – du moins dans la version française du texte originel – un seul article, le très discuté article 39 (cf. copie intégrale du texte en annexe 11), utilise le terme de **planification**. D'ailleurs, sur les quelque 34 pages que contient cette loi, le mot planification n'apparaît qu'une seule fois dans le texte.

3.3.2 Les nouvelles orientations de la politique sanitaire vaudoise (Rapport NOPS)

Dans la publication éditée en juin 1997 par le Canton de Vaud sur les « Nouvelles orientations de la politique sanitaire, NOPS ¹⁸ » les auteurs parlent d'une vision d'avenir et imaginent à l'horizon 2005 - 2010 un canton de Vaud divisé en 4 ou 5 secteurs sanitaires, au lieu des 8 zones sanitaires actuelles. Ces 4 secteurs pourraient être gérés par des réseaux de soins dont un des éléments forts est l'« Hôpital de secteur », bâti pour une zone de captation d'environ 100'000 à 200'000 habitants. Les NOPS vaudoises ouvrent également la porte à des collaborations intercantionales dans les zones périphériques du canton. C'est ainsi que les premiers hôpitaux intercantonaux ont vu le jour dans le Chablais valaisans-vaudois, en 1997 (HDC, Hôpital du Chablais, partage et différenciation des tâches de soins aigus entre les établissements existants de soins d'Aigle et de Monthey – sis à 12 km l'un de l'autre - , en attendant la construction d'un hôpital de soins unique pour les deux régions y.c. la Riviera), puis, peu de temps après, dans la Broye valdo-fribourgeoise en 1998 validée par l'HIB (Hôpital intercantonal de la Broye avec comme site de soins aigus Payerne et comme CTR [Centre de traitement et de réadaptation] Estavayer-le-Lac sis à 18 km du premier). Le Conseil d'Etat vaudois prépare un programme de planification sanitaire qui devrait être publié en automne 2002. Selon le rapport préliminaire sur ces études distribué en automne 2001, il est vraisemblable que la vision d'avenir esquissée dans les NOPS soit réalisée, mais cela dans un laps de temps plus long, mieux adapté aux réalités économiques et politiques du moment.

¹⁸ SSP (Service de la santé publique) pour le Conseil d'Etat vaudois, Lausanne, juin 1997, RAPPORT NOPS, Nouvelles orientations de la politique sanitaire, cf. extrait d'article de la revue ECONOMICA, Lyon 1999 p. 183 - 194 , résumant les éléments essentiels des NOPS en annexe 12

3.3.3 Ph. Bréaud, 1993, Profil d'un hôpital idéal

Dans une étude interne du Service de la santé publique vaudois, en 1993, le Dr Philippe Bréaud, alors médecin adjoint au service¹⁹ fait le point et extrapôle un programme type d'hôpital de secteur en se basant sur le programme de l'hôpital existant de Morges et celui, à l'époque planifié – mais finalement jamais réalisé – de Sully, entre Vevey et Montreux. Dans les grandes lignes, cette étude est toujours valable, même si certaines valeurs ont évolué ou si certains équipements médico-techniques pas encore utilisés dans les hôpitaux de zone vaudois à l'époque, sont depuis lors admis par la Commission des investissements périodiques du canton. On peut donc décemment prendre ces données comme base pour les divers services d'un futur hôpital central suisse. Nous avons, au sein du SSP, affiné et élaboré un programme type qui se base sur ces éléments (cf. en annexe 14, liste des services et leurs surfaces nettes requises pour un hôpital de secteur vaudois). Outre des étages de soins, cet hôpital type contient en plus des services d'accueil, d'administration et d'intendance, tous les services médico-techniques usuels (bloc OP, radiologie, médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, ORL ophtalmologie, laboratoire, par exemple) y. c. un service d'urgences ouvert 24h sur 24 et un service de soins intensifs et continus à proximité des salles d'opérations. Cet établissement hospitalier type a donc une configuration assez similaire aux « hôpitaux centraux » proposés dans la recherche de catégorisation du groupe de travail de la CDS (cf. point 3.1 ci-dessus). Il est intéressant de noter que, depuis mai 2002, l'OFS, dans le cadre de ses publications de statistiques de la santé (feuillet 14 de son site internet, www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber14), inclut dans la catégorie des hôpitaux universitaires qui existait comme entité pour soi jusqu'alors, un nombre d'hôpitaux généraux. Cette colonne est nouvellement nommée: Prise en charge centrale [Zentrumsversorgung] en plus des Soins de base [Grundversorgung]. Cette première colonne pourrait correspondre à la définition proposée en 1998 par la CDS d'« hôpital central »[Zentrumsspital]).

3.3.4 Un nouveau concept hospitalier

Dans un article publié dans "La Santé demain" en 1999 le ministre belge des Affaires Sociales, C. Decosterd²⁰, présente un programme assez précis de ce qu'il appelle un hôpital général, dont la capacité minimum en lits est au nombre de 150-250 unités. En plus de la description des services et de leur programme, il tend de développer un mode de financement cohérent, axé sur le patient, qui tient compte de la nature, de la qualité et du coût des soins dispensés. Deux types de programmes sont proposés: un premier afférent aux pathologies fréquentes, constituant l'activité de base des hôpitaux; un deuxième spécialisé, axé sur les groupes cibles spécifiques et les « outliers » qui sont des patients en nombre restreint, dont le traitement spécifique n'est pas généralisable et dont l'organisation ainsi que l'infrastructure est spécifique (p. ex néonatalogie, grands brûlés, hémato-oncologie et traumatismes lourds). Cet hôpital général s'inscrit dans un réseau qui est un ensemble de liens de collaboration entre entités de productions autonomes. Il n'y a pas de hiérarchie entre hôpitaux et certains modules peuvent fonctionner indépendamment d'un hôpital général (p. ex. pour un hôpital de proximité répondant aux besoins locaux), mais il exclut des hôpitaux monospécialisés isolés. L'établissement doit désormais être agréé comme un tout par le Conseil National de Santé, ce qui implique que les différents programmes qu'il offre doivent également l'être

¹⁹ SSP-VD P. Bréaud, 1993, "Profil d'un hôpital de secteur type –étude réalisée au SSP-VD –" cf. texte en annexe 13

²⁰ Decosterd Christaan, "Un nouveau concept hospitalier" dans La Santé de demain, Vers un système de soins sans murs; Dixièmes Entretiens du Centre Jacques Cartier, Lyon, éd. ECONOMICA 1999 p. 77-85, cf annexe 15

selon huit éléments variables comme les normes de qualité, le niveau d'activité minimum à atteindre, l'accessibilité géographique etc.. Pour réaliser ces objectifs, le Ministre belge rappelle que les différentes autorités doivent harmoniser leurs politiques. Il propose de créer un organe tripartite composé de représentants des gestionnaires, des médecins et des organismes assureurs.

L'approche de Decosterd est réaliste et défend la politique d'agrandissement d'échelle afin de mieux atteindre les seuils critiques minima et de rationaliser l'utilisation de techniques de plus en plus pointues. Il propose également d'harmoniser les conditions de fonctionnement et les règles de financement des secteurs publics et privés. L'originalité consiste surtout par le remplacement de la notion de "service" par une différenciation de programmes en fonction des domaines de pathologies. Il se base sur le fait qu'une pathologie est de plus en plus multiple et nécessite donc une expertise pluridisciplinaire et une concertation. On pourrait remarquer le manque d'indications quant au bassin de population que desservirait un tel hôpital général. A notre connaissance, ce nouveau type d'hôpital est resté à la phase de projet, mais le nombre de lits nécessaires au fonctionnement de ce nouveau genre d'établissement devrait avoisiner les chiffres actuellement utilisés dans le cadre usuel de la planification (200 à 500 lits). C'est donc plutôt le type organisationnel et la manière d'agréger des tâches qui changent que la grandeur d'un hôpital type.

En allant au bout de cette réflexion, il serait possible de prévoir, en plus de la réorganisation proposée par Decosterd des greffons non hospitaliers et totalement autonomes comme le fait B. Fasnacht avec la Maison de naissance de Châtel St. Denis. On peut ainsi s'imaginer que des entités pluridisciplinaires, pas toutes financées par le même type de ressources, seraient installées tels des satellites autour des nouveaux hôpitaux du 21^{ème} siècle. Cela pourrait être le début d'un dialogue fructueux entre le monde de la médecine occidentale et celui de la médecine parallèle, les poussant à travailler ainsi de manière vraiment complémentaire.

3.3.5 Planification: vision et division

Dans le travail de diplôme qu'Inka Moritz a déposé en 2000 à l'iems (l'Institut d'économie de management de la santé de l'Université) de Lausanne²¹, une approche de la planification hospitalière avec les diverses complications cantonales est décrite.

L'étude se veut complète et est basée sur une analyse des diverses positions et stratégies des acteurs principaux dans le domaine sanitaire en Suisse, avec un éclairage plus précis sur la planification vaudoise. L'auteur s'inspire pour ce faire d'une grille croisée du cadre théorique d'André-Pierre Contandriopoulos : logiques et modalités de régulation du système de soins. Il compare et développe ainsi quatre logiques:

logique professionnelle d'autorégulation à laquelle correspondent les professionnels (du terrain) ;

logique technocratique à laquelle correspondent les gestionnaires, planificateurs, payeurs ;

logique économique à laquelle correspondent le monde marchand, les consommateurs ;

logique démocratique à laquelle correspond l'Etat

Sans clairement l'expliciter, Moritz voit la planification hospitalière comme une rude tâche, dure en négociation, longue en réalisation et politiquement difficile à mettre en œuvre sans le consensus des divers acteurs. Au lieu d'arriver à un constat d'échec programmé en laissant tout souverain cantonal camper sur ses positions, il nous paraît plus juste d'essayer de sauter par-dessus son ombre et de

²¹Moritz I, "La planification hospitalière: visions et divisions", HEC/iems UNIL, février 2000:

faire une approche plus globale du problème afin de chercher des solutions ailleurs qu'à travers une solution de fédéralisme exacerbé dans lequel chaque acteur adapte ses logiques à ses besoins. Les enjeux de la santé sont tellement importants qu'il est incontournable de chercher des solutions novatrices de coordination interrégionales ou intercantionales pour résoudre correctement la complexité de ce problème. Moritz suggère d'ailleurs dans son travail l'ouverture donnée par les Canadiens Pinault et Daveluy ²² qui proposent «*qu'une démarche de planification plus éclairée et plus éclairante est possible dans la mesure où les planificateurs sont mieux outillés techniquement et stratégiquement*»

3.3.6 Etude sur le nombre de lits de soins intensifs

Il y a peu de littérature sur le nombre de lits de soins intensifs à doter pour une région ou une population donnée. Un article intéressant est paru récemment dans le «*Lancet*» sur le nombre de lits de soins intensifs à doter dans la région du sud-ouest de l'Angleterre²³. Publiée en 2000 et basée sur la situation en 1997, cette étude évalue les besoins pour une population de captation de 500'000 habitants, d'une région mi-rurale mi-citadine du Sud du Pays de Galles, desservie par 5 unités de soins intensifs et où peu de résidents habitent à moins de 24 km d'un hôpital. Dans cette étude, les soins intensifs (SI) ont été considérés nécessaires lorsque deux systèmes d'organes étaient défaillants et les soins continus (SC) lorsqu'un seul système était défaillant ou lorsque le patient nécessitait un monitoring rapproché. Les cas ont été évalués selon une procédure consensuelle par 10 spécialistes des soins intensifs.

Selon cette étude, en se basant sur les 5 unités de soins intensifs existantes, 29 lits de SI et 56 lits de SC seraient nécessaires en moyenne. En tenant compte de la variation des besoins et en visant la couverture de 95% des besoins sans transfert, la disponibilité totale pour cette population de 500'000 habitants est actuellement de 29 lits de SI et 67 lits de SC, soit 96 lits au total. Ceci donne un chiffre moyen de 19.2 lits (SI et SC) pour 100'000 habitants. Cet article précise également que les unités les plus petites ont besoin d'une marge plus importante pour répondre à la variation journalière des besoins et que, par conséquent, leur taux moyen d'occupation serait plus bas. Il s'ensuit que si les lits de SI et de SC pouvaient être concentrés en une seule unité, le nombre moyen de lits nécessaires serait réduit. Cette étude rejoint donc, même si elle ne dit rien de spécifique sur la taille optimale de services de soins intensifs, la démonstration de Crivelli et al. comme quoi des économies d'échelle sont importantes dès et autour des 300 lits par hôpital, surtout dans des services aussi coûteux que les SI ou les SC.

3.3.7 Enquête CDS sur la planification hospitalière, 1999

L'importante enquête menée par la CDS sur la planification hospitalière en 1999 ²⁴ démontre clairement la complexité constatée par Moritz (selon chap. 3.3.5 ci-dessus). L'état des faits est là, l'imbroglio réel ne permet guère de prendre des décisions importantes et éclairées pour des facteurs aussi essentiels que la planification d'un bien commun. Les deux tableaux ci-dessous reflètent, en résumé, le résultat de l'enquête, rédigée en allemand, sur les normes de planification adoptées par les différents cantons suisses :

Figure 9 : Besoins des cantons en lits

²² Pineault Raynald et Daveluy Carole, "La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies", Editions Nouvelles, Montréal, 1995, p. 73

²³ Lyons R.A. et al. Population requirements for adult critical-care beds: a prospective quantitative and qualitative study, *Lancet*, 2000, 355 (february) p. 595 – 98.

²⁴ Biersack O., Basel Januar 2000, WWZ-UNI BS „Die Planungsmethoden der Kantone“ Evaluation Spitalplanung und Spitalisten nach Art.39 KVG im Auftrag des Zentralsekretariats der SDK

Tab. 6.2: Zusammenfassender Überblick über die Bedarfswerte in den Kantonen in Abhängigkeit der gewählten Methode

gewählte Methode	Kantone mit ausschließlich normativer Methode										Kanton mit analytischer und normativer Methode										Kantone mit ausschließlich analytischer Methode									
	SG	NW/ OW/ UR	SZ	GR	JU	FR	NE	TI	AI	ZG	SH	LU	AG	BS/ BL	AR	GL	SO	TG	VS	BE	GE	ZH	VD							
Merkmale der Planung	analytische Methode																													
									9,0 (a/h)	9,0 (a)	?	8,4 (a)	9,0 (a/h)	9,0 (?)	8,5 (a/h)	9,6 (a)	10,0 (a)	9,0 (a)	7,0- 7,5 (n)	8,64 (n)	10,0 (?)	9,0 (p)	5,85- 6,49 (n)							
									8,0 (a/h)	12,0 (a)	11,0- 12,0 (n)	11,2- 11,5 (a)	12,2 (a/h)	12,6 (?)	12,0 (a)	11,3 (a)	11,0 (a)	11,4 (a)	11,0/ 12,0/ 13,0 ¹ (a/n)	10,6 (a)	?	12,4 (p)	73,65 (p)							
									85 %	80 %	85 %	80- 85 %	85 %	82 %	80- 85 %	78,5 %	80 %	85 %	85 %	85 %	85 %	85 %	80 %							
normative Methode																														
Orientierung/ Wahl der Normbetten-dichte (Betten/1000 EHV)	inter- kant.	SG	SG	SG	SDK	inter- nat/ SDK?	inter- nat/ SDK?	inter- nat/ -kant SDK	inter- kant/ SDK	SDK	inter- kant.	inter- kant.	inter- kant.	inter- kant. -kant.																
	3,5	3,28	3,28	3,28	3,9	3,5	3,5	3,5	3,0- 3,8	3,5	3,5	div.	3,3	3,8																
Einbezug der Ver- sicherungsstruktur																														
Planungshorizont	2005	2000	2000	2000	2000/2005	2000	nicht expl.	1998/ 2005	2010	2000	nicht expl.	2000	2005	2002	2000	2005	nicht expl.	2005	2000	2010 (?)	2001	2005	2005							
Ergebnis Sollbetten-dichte (Betten/1000 EHV)	3,28*	2,37/ 2,64/ 2,68*	2,57*	4,0/ 3,5 ¹	3,6/ 3,0	3,5	3,5	3,5	2,5	3,6	3,5	3,1	3,3 ⁴	3,8/ 4,7 ⁵	3,23	3,5	2,9	3,3	max. 3,2	2,96 ⁷	2,4 ⁶	insg. 3,63	2,9							

bei kursiven Werte handelt es sich um eigene Berechnungen

*bezogen auf die öffentlich/offentl.-subventionierten Spitäler

1 verschiedene Szenarien

2 nur Binnenbedarf

3 3,0 für Bettentyp A (Akutbereich), inkl. Bettentyp B (A+B): 3,5-3,8

4 3,1 Binnenbedarf/3,3 inkl. Import

5 3,8 Binnenbedarf/4,7 inkl. Import

6 Betten-dichten für verschiedenen Spital-kategorien:

7 bezieht sich in Bern (Kanton der spitzenmedizinischen Versorgung) nur auf die Grund- und erweiterte Grundversorgung

8 eigene Berechnung, bezieht sich nur auf die öffentlichen Spitäler (Unikliniken)

Les méthodes de planification utilisées par les cantons sont soit normatives, soit analytiques, voire un mélange des deux ; en plus de cela, chaque canton planifie ses lits hospitaliers à des horizons différents s'étalant de 1998 à 2020, certains uniquement pour les hôpitaux de soins aigus reconnus d'intérêt public, d'autres y.c. pour les lits des cliniques privées.

Figure 10 : Les propositions de densité de lits par canton en regard de l'horizon planifié

Tab. 6.3 Die ausgewiesenen Sollbettendichten in Abhängigkeit des Planungshorizontes und der Versorgungsstufe (wie sie sich in den Planungen präsentierte)

Kanton	Methode	Sollbettendichte (Betten/1000 EW)							
		Planungshorizont							
		nicht explizit	1998	2000	2001	2002	2005	2010	2020
Kantone mit Angebot der Grund- und erweiterten Grundversorgung									
OW/ NW/ UR	n			2,37/ 2,64/ 2,68					
SZ	n			2,57					
AR	a			3,23				2,3-2,5	
GL	a						3,5		
AI	a/n								
ZG	a/n			3,6					
	a/n	3,5							
Kantone mit Angebot der spezialisierten Versorgung									
SG	n						3,28		
GR	n			4,0 ¹			3,5 ¹		
FR	n								3,5
NE	n	3,0/ 3,5-3,8 ⁴							
JU	n			3,6			3,0		
TI	n		4,4				3,5		
TG	n						3,3		
SO	a		2,9/ 3,45/ 3,76 ⁵						
VS	a			max. 3,2					
AG	a/n						3,1/3,3 ⁴		
LU	a/n			3,3			3,1		
Kantone der hochspezialisierten Versorgung									
ZH	a						insg. 3,63		
BE	a							2,96 ³	
VD	a						2,9		
GE	a				2,4 ⁶				
BS/BL	a/n					3,8/4,7 ⁴			

bei kursiven Werten handelt es sich um eigene Berechnungen

n = normative Methode
a = analytische Methode

¹ nur Binnenbedarf
² Binnenbedarf/inkl. Import
³ verschiedene Spitalkategorien
⁴ 3,0 für Bettentyp A (Akutbereich), inkl. Bettentyp B (A+B): 3,5-3,8
⁵ bezieht sich in Bern auf die Grund- und erweiterte Grundversorgung
⁶ bezieht sich auf die Unikliniken (öffentl. Spitäler)

Ce qui laisse dire à son auteur dans son introduction²⁵ : « Les questions abordées concernant la méthode de planification telles qu'elles sont utilisées en Suisse n'ont pas toujours pu recevoir une réponse satisfaisante. En effet, la situation se présente [malheureusement] trop souvent de manière trop hétérogène pour pouvoir les amener à un simple dénominateur commun ou de les présenter de manière uniforme ».

L'étude sur les hôpitaux, de Crivelli, utilise dans son troisième chapitre²⁶ une double information. On y trouve d'une part la moyenne suisse présentée selon les divers cantons et d'autre part des exemples choisis dans certains pays significatifs de l'OECD. La synthèse de ces divers chiffres permet d'établir une moyenne explicitée au tableau suivant

²⁵ ibidem : Biersack O.: Einleitung (Introduction) p. 0

²⁶ ibidem : Crivelli L et al. « Dimensione ottima ... » p. 6

Figure 11 : Taux de lits hospitaliers en Suisse à l'horizon 2005/2010

Taux de lits hospitaliers en Suisse

(Lits déclarés / 1000 habitants, extrapolés à l'horizon 2005/2010)

Résumé, selon enquête CDS juillet 1999

	Soins aigus	Commentaires
CH	3.17	moyenne CH sans AI
Cant. Univ.	3.14	
VD	2.90	
ZH	3.63	lits privés + publics
BE	2.96	soins de base, seulement
GE	2.40	sans lits des cliniques privés
BS	3.80	sans lits "importés"
LU	3.10	
UR	2.68	à l'horizon 2000
SZ	2.57	à l'horizon 2000
OW	2.37	à l'horizon 2000
NW	2.64	à l'horizon 2000
GL	3.50	
ZG	3.60	à l'horizon 2000
FR	3.50	annoncé à l'horizon 2020
SO	2.90	planification 1998, seuls lits A
BL	3.80	sans lits "importés", idem BS
SH	3.50	horizon pas explicité
AR	2.40	moyenne à 2010
AI	-	pas de données
SG	3.28	
GR	3.50	uniquement lits pour le canton
AG	3.20	moyenne y.c. lits "importés"
TG	3.30	
TI	4.40	planification 1998
VS	3.20	chiffre maximum, à l'horizon 2000
NE	3.00	horizon pas explicité
JU	3.00	

Source: FWF résumé de l'enquête CDS 1999

Moyenne suisse: 3,17 arrondi à **3,2 lits/1000 habitants** en tenant compte que quelques cantons n'ont pas compté les lits privés dans leurs calculs

La moyenne proposée de 3,2 est dans une fourchette admissible en comparaison des chiffres qui nous sont connus d'autres pays, notamment ceux de l'OCDE.

3.3.8 Propositions des partis politiques à l'aube du 21^e siècle.

A l'annonce d'une nouvelle augmentation des primes de l'assurance obligatoire des soins en automne 2001, les quatre partis gouvernementaux ont publié chacun une série de propositions pour réviser la LAMal et réorganiser le domaine de la santé.

Un objectif commun associe les quatre modèles de réforme: le contrôle et la stabilisation des coûts de la santé.

Il ressort des divers documents disponibles (résumés en italien dans la table de l'annexe 16, en cour de traduction) une division évidente entre le bloc bourgeois (PRD, PDC et UDC) et le parti de gauche (PS) en ce qui concerne le concept de financement de l'assurance maladie. Si pour les trois partis bourgeois le financement doit continuer à être individuel et égal pour tous, il est socialement primordial pour le PS d'introduire un financement selon le revenu et le capital de l'assuré. En plus de cela, selon la proposition du PS une partie (50%) du financement devrait pouvoir être, à l'avenir, garanti par un prélèvement fiscal supplémentaire sur la TVA, impôt notoirement indépendant du revenu. Toujours en rapport avec le mode de financement, il est important de noter l'avancée du PDC vis à vis de la famille, seul parti qui propose une réduction de 50% de la prime par enfant et de l'abolition des primes à partir du troisième enfant. Contrairement aux autres partis, le PS se distingue pour ne pas réduire le catalogue des prestations actuelles et ne pas appliquer des restrictions quant au libre choix du médecin de famille. Finalement, les partis de droite, toujours au niveau des propositions, se différencient en mettant l'accent sur la responsabilisation individuelle ainsi que sur le comportement personnel de chacun dans la gestion de sa santé.

En plus des divergences mentionnées, essentiellement de caractère idéologique, il est à relever comment les quatre partis s'accordent plus ou moins sur plusieurs thèmes fondamentaux de la révision de la LAMal. Cela concerne notamment le subside des personnes économiquement modestes; l'introduction d'un système de financement moniste²⁷; la substitution de la planification cantonale à une planification suprarégionale voire nationale; l'abolition ou la limitation de contracter de tous ou de certains médecins; l'introduction d'une franchise plus élevée ou proportionnelle au revenu; la promotion d'une plus grande transparence dans la gestion des caisses maladie; la promotion d'une meilleure gestion de la qualité; un meilleur contrôle des prix des médicaments. On peut souligner, en plus de cela, des propositions soutenues par au moins deux des quatre partis: promotion de types d'assurances tel que *managed-care* et *gate keeper* à accompagner d'incitations financières; constitution de réseaux sanitaires supracantonaux (ou régionaux) permettant une gestion intégrée, ainsi qu'une meilleure collaboration et coordination entre les fournisseurs de soins; promotion d'un passeport santé muni d'une puce électronique permettant d'enregistrer les principales données concernant l'assuré.

Il est possible d'affirmer que, suite aux diverses propositions des quatre partis gouvernementaux, l'organisation future du système sanitaire suisse tend vers l'introduction d'une concurrence accrue, vers une réduction de l'offre et vers une responsabilisation accrue de la population. Il faut relever les propositions communes des partis de promouvoir une plus grande transparence dans les comptes des assureurs et de mettre en œuvre des contrôles sur les médicaments.

²⁷ Financement moniste: mode de financement par un seul payeur, en opposition au système actuel, où plusieurs partenaires payeurs interviennent, cf schéma explicatif de "santésuisse" sur le sujet en annexe 24

3.3.9 Planification et recherche opérationnelle

Dans la littérature nous avons trouvé ce texte faisant un lien entre la recherche opérationnelle et la prospection pour un emplacement idéal des établissements hospitaliers de taille optimale.

« La future stratégie hospitalière en Angleterre, l'Hôpital général de District.

Les trois questions fondamentales qui dominent la stratégie des ensembles hospitaliers sont – quels genres d'hôpitaux, de quelle grandeur doivent-ils être et où faut-il les localiser ? La plus grande interdépendance des différentes branches médicales et le besoin d'une gamme plus large de facilités diagnostiques et thérapeutiques, dans un ensemble, rendent inévitables les unités hospitalières plus grandes. D'un autre côté, l'accessibilité de ces unités à la population qu'elles servent est un facteur crucial dans les décisions de la fonction, de l'emplacement et de la grandeur d'un hôpital.

La politique qui émerge en Angleterre envisage le développement de grands hôpitaux de district, comme le point important du système hospitalier. Ceux-ci fourniraient des facilités diagnostiques et thérapeutiques pour des patients internes et externes, dans toutes les branches principales et incluraient des unités de maternité, psychiatrie, gériatrie et d'isolation. En général, ils auraient des services complets d'urgence. Quelques spécialités régionales, par exemple, radiothérapie, neurochirurgie, chirurgie plastique et thoracique – qui nécessitent des surfaces de captation plus grandes – ne pourraient être prévues que dans certains hôpitaux.

Quelques hôpitaux séparés pourraient être prévus pour des séjours plus longs en gériatrie, quelques-uns pour maladies mentales, et d'autres pour subnormalités mentales. Il y aurait aussi des hôpitaux plus petits dans les villes périphériques, pour les cas normaux de maternité, pour certains cas médicaux, les cas gériatriques et les patients externes.

Chaque hôpital de district serait situé dans ou près du centre de la population de son district. La grandeur de l'hôpital dépend de la population que l'hôpital peut soigner, ce qui constitue une des questions les plus critiques. La question vitale, au sujet de la grandeur, est l'accessibilité. Plus l'hôpital dessert une grande population, plus grandes sont les distances parcourues par les patients et les visiteurs jusqu'à l'hôpital. En plus, une grande proportion des patients et des visiteurs sont âgés et se déplacent en ambulance ou en transports publics. L'accessibilité est aussi un facteur important pour le personnel, spécialement avec la proportion grandissante de femmes mariées travaillant à mi-temps. Il devrait y avoir donc coordination entre la planification hospitalière et les moyens de transports et de communications. »

Il est intéressant que ce texte, écrit il y a plus de trente ans, commence à être d'actualité chez nous aujourd'hui. En effet, il est issu d'une publication de la Revue médicale de Bruxelles de novembre 1970, sous la plume d'un vieux renard de la gestion de la santé, D.A.T. Griffiths, ancien professeur à la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Certains diront que le système mis par la suite sur pied en Grande Bretagne est un des plus problématiques d'Europe. On verra un peu plus loin (cf. chapitre suivant point 3.4.4) que la raison de ces difficultés, en approfondissant un peu l'analyse, n'est pas son concept, mais les moyens mis en œuvre pour le gérer et le faire fonctionner.

3.3.10 Quelques autres textes :

L'OSP (l'Organisation suisse des patients), dans sa "Tribune des patients" no 4, 12/1999 écrit :

Planification hospitalière

Ces dernières années, le patient a maintes fois été placé devant un dilemme difficile, celui de se prononcer sur le sort de «son» hôpital. Si celui-ci disparaissait, le patient devrait se déplacer plus loin pour ses soins et il verrait peut-être aussi l'emploi d'un proche menacé. Si l'établissement était maintenu, ses primes d'assurances en pâtiraient.

La planification hospitalière est devenue une nécessité impérative pour la compression des coûts, dont certains cantons, tel que le Valais, tirent déjà aujourd'hui un bénéfice, répercuté sur des augmentations de primes plus faibles qu'ailleurs en Suisse romande. Cependant, le fédéralisme constitue une gêne considérable, nécessitant des accords intercantonaux difficiles, pour l'application de la planification à l'échelle du territoire suisse. Pour preuve l'échec de la tentative d'union des hôpitaux universitaires de Lausanne et de Genève, alors que 60 km séparent ces structures focalisant des compétences de très haut niveau et de très lourdes charges redondantes pour le contribuable.

L'OSP attend donc de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) qu'il intervienne auprès des cantons en vue d'encourager une planification intercantonale des structures les plus coûteuses. L'existence actuelle sur notre territoire de quatre centres de transplantation du foie et de cinq centres de transplantation du cœur représente un gaspillage des ressources.

De plus, cette offre de prestations sur-dimensionnée présente pour le patient un double risque: d'une part, le risque sur la qualité par manque d'expérience (trop peu de cas traités), d'autre part le risque quant à la rigueur dans l'éligibilité des cas (pondération des critères de risques par rapport aux chances de réussite en termes de longueur de survie et de qualité de vie, déterminant la décision de conseiller ou non l'opération au patient). Ce dernier risque est d'autant plus réel que les assureurs exercent des pressions envers les centres de transplantation en exigeant des minima d'interventions pour en assurer la prise en charge.

Interviewé par la "Liberté" en février 2002, F-X. DESCHENAUX²⁸, juriste et ancien secrétaire de la FMH, livrait ses réflexions sur le coût de la santé. A propos des surcapacités hospitalières, répondant au journaliste qui lui demandait pourquoi la Suisse a deux fois plus de lits d'hôpitaux par habitant que la France et qui est responsable, il dit : *"Les cantons. Il faut admettre que la réduction des surcapacités n'a pas été poussée très loin. Ce n'est pas le seul domaine où les cantons montrent leurs limites. A force de confondre fédéralisme et cantonalisme, et pas seulement dans le domaine de la santé, la Suisse finira par crever ! On ne peut plus organiser la santé à un niveau cantonal. Même entre cantons universitaires, comme Zürich ou Vaud, il faut faire des choix et concentrer les investissements. Dans des domaines aussi pointus, un pays de 7,2 millions d'habitants ne peut pas avoir des centres d'excellence à chaque coin de rue."*

²⁸ Interview dans la "Liberté" MAGAZINE du 12 février 2002, F-X. Deschenaux, ancien secrétaire de la FMH, « La santé est un aquarium : ce que vous donnez aux uns, vous l'enlevez à d'autres », cf. annexe 17

3.4 EXEMPLES ETRANGERS

Afin de contrôler les chiffres issus des réflexions du chapitre précédent, nous avons procédé à quelques comparaisons internationales.

3.4.1 Lits hospitaliers de soins aigus selon l'OCDE

De manière générale, les pays de l'OCDE utilisent des chiffres assez différents pour la planification de leurs hôpitaux. Cela s'explique essentiellement du fait des divers types de lits pris en compte lors de la planification. Les uns incluent les lits de psychiatrie, les autres ceux de réadaptation et d'autres encore ceux de long séjour. Le plus difficile est de faire une extraction pour les seuls lits de soins aigus. Un des éléments trouvés dans la littérature est la liste reprise dans l'étude de Crivelli et al. dans laquelle il met en relation les chiffres de divers cantons suisses avec ceux de certains pays de l'OCDE. Ces chiffres datent certes de 1994 (pour les cantons) respectivement 1993 (pour 14 pays de l'OCDE), mais ils ont tous subi une évolution relativement similaire, vers la baisse. Les derniers chiffres visibles sur le net sont essentiellement ceux de 2000 et accentuent la baisse générale du taux proposé par 1000 habitants (cf. tableau figure 12, ci-dessous).

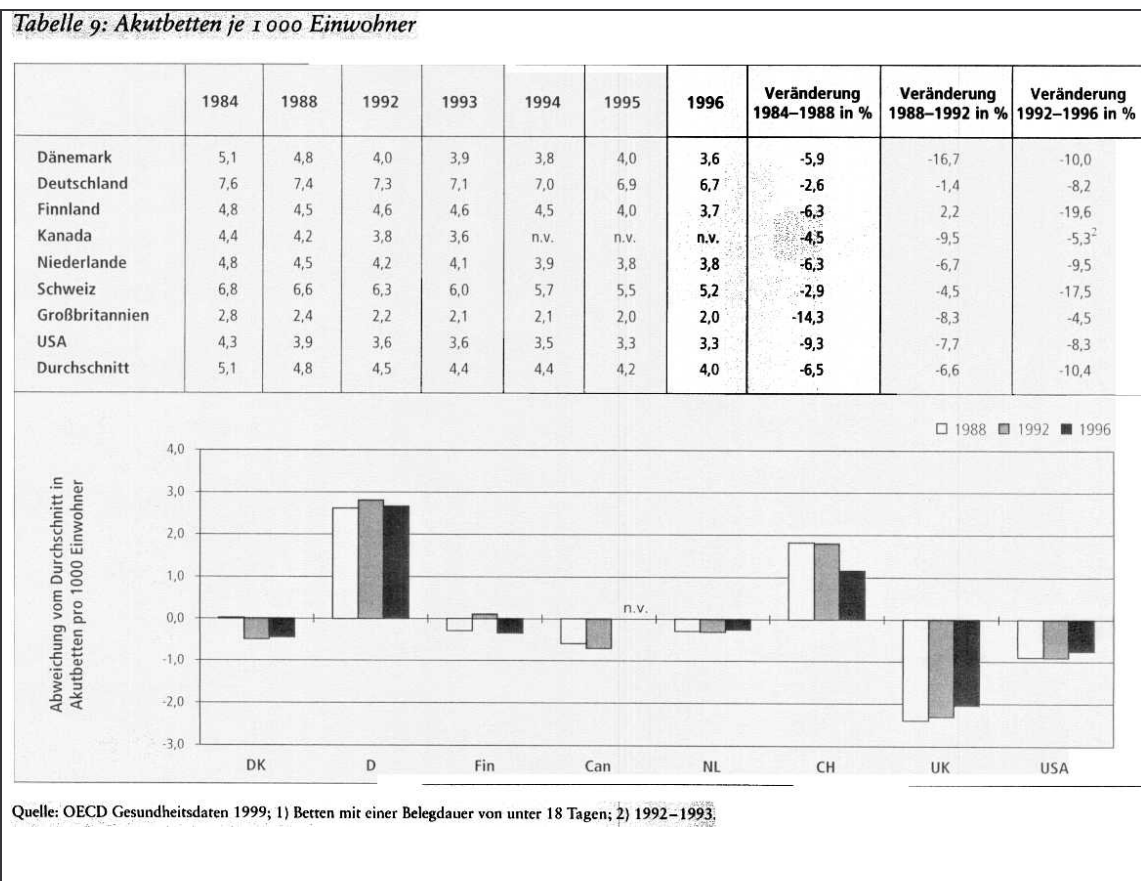
Figure 12 : Nombre de lits de soins aigus par 1000 habitants, OCDE, 1993-1999

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Allemagne	7.7	7.6	7.5	7.3	7.1	7.0	
Australie	4.3	4.2	4.2	4.1	4.0	3.9	
Autriche	6.6	6.6	6.6	6.5	6.4	6.3	
Belgique	4.8	4.8	5.3				
Canada	3.6		3.4	2.9	2.9		
Corée	3.2	3.5	3.8	4.0	4.2	4.4	
Danemark	3.9	3.8	3.8	3.6	3.5	3.5	
Espagne	3.2	3.2	3.1	3.2			
Etats-Unis	3.6	3.5	3.3	3.3	3.2	3.1	
Finlande	4.6	4.5	4.0	3.7	2.7	2.6	2.5
France	4.9	4.7	4.6	4.5	4.3	4.3	
Grèce	4.0	3.9	4.0	4.0	4.0		
Hongrie	7.1	7.2	6.3	6.3	5.8	5.8	5.6
Irlande	3.3	3.3	3.3	3.4	3.3		
Islande	4.0	3.9	3.8				
Italie	5.5	5.4	5.2	5.6	5.2		
Japon							
Luxembourg	6.8	6.5	5.7	5.6	5.6	5.5	
Mexique							
Norvège	3.4	3.3	3.3	3.3	3.3	3.2	3.2
Nle-Zélande							
Pays-Bas	4.1	3.9	3.8	3.7	3.7	3.7	
Pologne							
Portugal	3.6	3.6	3.3	3.4	3.4	3.1	
Royaume-Uni	2.5	2.5	2.4	2.4	2.4	2.4	
Rép.Tchèque	7.9	7.8	7.2	6.9	6.8	6.7	6.6
Suisse	6.1	5.8	5.5	5.5	5.8	5.6	
Suède	3.4	3.2	3.0	2.8	2.7	2.6	2.5
Turquie	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.2	

3.4.2 Quelques comparaisons internationales

Une récente publication allemande donne un bon aperçu de la planification et des systèmes sanitaires entre divers pays, notamment les européens. Il s'agit du livre de Jan Böcken, Martin Butzlaff et Andreas Esche « Reformen im Gesundheitswesen ».

Figure 13 : Graphique des lits de soins aigus / 1000 habitants



Les chiffres de certains de ces pays méritent quelques commentaires. Nous en reprenons les plus intéressants :

3.4.3 Allemagne: surcapacités

L'Allemagne est le pays de l'OCDE qui présente le taux le plus élevé de lits par 1000 habitants. Selon les auteurs, c'est le résultat de plusieurs facteurs dont celui d'une surcapacité historique, d'un taux de médecins par habitant élevé et du fait du manque d'incitations fortes à la réduction, entre autres du nombre de lits hospitaliers à planifier en moins des 16 Länder. Il est intéressant de voir que depuis récemment le surplus des lits hospitaliers existant en Allemagne sert à diminuer les listes d'attentes anglaises. L'automne dernier, l'Europe sanitaire a fait ses débuts avec l'acceptation par les caisses maladie anglaises que certains cas puissent être pris en charge dans les lits d'hôpitaux allemands ou français. Plusieurs articles ont paru en automne dernier à ce sujet dans la presse allemande.

3.4.4 Grande Bretagne: sous-financement chronique

Ce qui est intéressant dans cette publication, livre couronné du prix Carl Bertelsmann en l'an 2000²⁹ c'est l'analyse très brève, mais cinglante du système sanitaire anglais. L'auteur explique que partout en Europe, des réformes sont nécessaires et que celles-ci prennent du temps. Il cite les pays nordiques comme étant exemplaires à bien des points. Il démontre, chiffres à l'appui, qu'avec nettement moins de moyens financiers, il est possible de mettre en œuvre de bons systèmes sanitaires. Ce que ces systèmes nordiques (GB, NL, SU, FI, DK) ont en avance sur le système allemand est :

- le GATEKEEPING (le fait d'avoir un médecin de famille qui oriente le patient vers le meilleur spécialiste ou hôpital, s'il ne peut lui-même prendre en charge le cas)
- PEU de BARRIERES entre le SYSTEME AMBULATOIRE et le SYSTEME HOSPITALIER
- des PRESTATIONS D'HONORAIRES BASEES SUR L'EFFICIENCE (et non sur l'augmentation des activités) [*effizienzorientierte Leistungshonorierung*]
- diminution des DMS (durée moyenne de séjour) grâce à une planification des lits hospitaliers rigoureuse, généralement centralisée.

Les auteurs s'étonnent du peu de dépenses de santé en Grande Bretagne (57% de celles de l'Allemagne en coût par habitant) « [...] et l'on ne peut quand même pas parler d'une insuffisance de prise en charge médicale [*Gesundheitsnotstand*] (comme dans certains pays du tiers monde, p.ex.) ni de résultats [*Auswirkungen*] négatifs. Les problèmes aboutissant à des files d'attente pour certaines interventions chirurgicales ou le manque chronique de personnel infirmier ne sont, selon les auteurs, en premier lieu pas à assigner au [concept mis en place par le] service de la santé en soi, mais bien plus à la suite logique de la politique sociale très rigide qui a également fait des ravages dans d'autres domaines publics [cf. trains et plus récemment la poste] » A ce propos cf. en annexe 18 l'extrait du livre « La santé en réseau » de P. Larcher et P. Poloméni (pages 145-147) expliquant une des dérives du service de santé britannique par la mise en œuvre outrancière de la concurrence, bénéfique au début, mais créant de véritables trous dans le maillage hospitalier britannique qui aboutissent, entre autres, aux files d'attente d'aujourd'hui. Si bien que le gouvernement Blairiste a récemment pris des mesures de réintroduction de l'Etat dans la gestion pour réparer une partie des dégâts commis.

²⁹ Böcken, Jan, Butzlaff Martin, Esche Andreas « Reformen im Gesundheitswesen » Ergebnisse einer internationalen Recherche, Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2000

3.4.5 France: centralisation et décentralisation

La France a subi, environ tous les dix ans, des réformes dans le cadre de la planification et la réglementation sanitaire. La dernière restructuration pousse de plus en plus les acteurs à travailler en réseaux pour essayer d'éviter des doublons, apprendre aux divers partenaires à mieux travailler ensemble et finalement être plus performants avec moins d'argent. Une publication qui date d'octobre 2000, "Quel système de santé à l'horizon 2020?" veut promouvoir la région, en opposition à la centralisation napoléonienne historique, comme cadre territorial d'une régulation sanitaire renouvelée. Le souci est une décentralisation et une qualité assurée à toute la population, même dans des régions plus reculées de France. Le taux de lits par 1000 habitants est du même ordre que celui de la Suisse, autour de 3,2‰, avec pour corollaire une forte promotion de la santé et prévention ainsi qu'un souci de générer un système capable de s'adapter et d'évoluer. Le regroupement de spécialités très pointues se fera aussi de manière beaucoup plus rigoureuse, sans nécessairement distribuer toutes les spécialisations à tous les grands centres hospitaliers universitaires.

3.4.6 Nouvelle Zélande : réorganisation

La Nouvelle Zélande qui a vécu une réforme importante de tout son système étatique depuis la nomination de la première Ministre libérale Mme H. Clark, a drastiquement baissé son nombre de lits hospitaliers depuis 5 ans. En contrepartie, les services de soins à domicile et la responsabilité des acteurs sur la base de micro-structures a été fortement développée. Il en résulte aujourd'hui un nombre bas de lits de soins aigus par 1000 habitants (2,8 selon les derniers chiffres collectés directement auprès du Ministère de la Santé), malgré une prise en charge entièrement étatisée calquée en grande partie sur le modèle du NHS (National health system) anglais. Une publication importante analysant le système australien et néo-zélandais vient de sortir sous la plume de Abby Bloom³⁰. C'est une étude très fouillée démontrant que plusieurs paramètres sont absolument nécessaires pour garantir la réforme d'un système aussi complexe que celui de la santé. En plus de cela, la plus grande erreur constatée est une trop courte durée de réforme planifiée lors de restructuration: la réorganisation d'un secteur complexe, comme celui de la santé, prend du temps.

3.4.7 Résumé + proposition de choix

On voit que la tendance du nombre de lits hospitaliers par 1000 habitants est à la baisse, surtout depuis les années nonante. Parallèlement, on constate une forte augmentation de la prise en charge ambulatoire tant à l'intérieur des hôpitaux que hors les murs. Les données fournies par les statistiques de l'OCDE ne sont pas suffisamment vérifiables dans leur ensemble mais, en Europe, la moyenne des chiffres annoncés pour les années à venir se situent autour de 3 à 3,5 lits par 1000 habitants. Les chiffres que nous proposons ci-dessus sont donc tout à fait comparables à ceux de nos pays voisins.

³⁰ Bloom Abby L., "Health Reform in Australia and New Zealand", Oxford University Press, Melbourne, 2000, cf résumé en annexe 19

3.5 ETUDE MOESSINGER, CENTRES DE NEONATOLOGIE

Mandaté par le SSP vaudois début 1999, le professeur Adrien Moessinger a élaboré avec un groupe de travail ad hoc, un rapport complet sur le réseau de prise en charge néonatale au printemps 2000³¹. Cette étude demande de libérer des moyens conséquents pour financer correctement la prise en charge du réseau périnatal vaudois partant d'une analyse complète pour la Suisse et plus spécifiquement pour la Suisse romande. Il démontre ainsi que, chiffres à l'appui, des économies importantes peuvent être réalisées en évitant notamment des hospitalisations pour troubles cérébraux si ces derniers sont diagnostiqués suffisamment tôt.

Pour mémoire, la définition et les standards usuels en obstétrique sont les suivants :

Le but principal du réseau périnatal est de mettre sur pied une structure de soins pour une région permettant de prévenir les handicaps en concentrant les cas à risques (définis préalablement grâce aux examens usuels prénataux, par ultrasons, p.ex.) dans un centre équipé de manière adéquate tout en respectant les besoins en médecine de proximité pour les accouchements sans risques. On définit trois niveaux de soins en néonatalogie :

L'unité de niveau 1 se réfère aux hôpitaux ou maternités délivrant des soins aux parturientes qui ne présentent à priori pas de risques. Les recommandations quant au nombre minimum de naissances par an dans un tel hôpital ne devraient pas être inférieures à 250/an.

L'unité de niveau 2 fait partie d'un établissement plus important que Moessinger appelle un hôpital polyvalent. On retrouve dans cet établissement, qui correspond à notre hôpital de secteur, un équipement plus conséquent permettant d'accueillir des mères et des nouveau-nés à risques modérés. Cette prise en charge peut être assurée grâce à un personnel disponible 24 h sur 24, bénéficiant d'une formation reconnue, dirigé par un médecin chef pédiatre ayant une formation en néonatalogie. Les recommandations quant au nombre minimum de naissances par an ne devraient pas être inférieures à 500/an.

L'unité de niveau 3 se veut un centre équivalent à un hôpital universitaire avec un centre périnatal doté en permanence, en plus du personnel requis pour les unités de niveau 2, des médecins formés à un niveau de chef de clinique en obstétrique, néonatalogie et anesthésiologie. Il est évident que les soins intensifs pour adultes et nouveau-nés doivent être facilement accessibles en urgence. Les recommandations quant au nombre minimum de naissances par an ne devraient pas être inférieures à 1000/an. Il faut relever que, dans le canton de Vaud, seul le CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois) et l'hôpital de Morges dépassent régulièrement 1000 naissances par an.

La partie la plus intéressante du travail de Moessinger, en ce qui nous concerne, se trouve dans son annexe. Il s'agit du travail de planification utilisant pour la première fois – à notre connaissance en étude sanitaire – la modélisation proposée par le logiciel GEOSTAT tel que l'utilise p. ex. l'OFS à Neuchâtel. C'est un logiciel américain qui emploie des bases de données géographiques (lieux et distances parcourues entre des points géographiques donnés) mises en relation par les voies de circulations existantes avec p.ex. ici les données de la population. Grâce à différentes approches mathématiques (MINDISTANCE ou MAXATTEND)³², il propose, par déduction, une optimisation de la recherche d'implantation de sites pour la néonatalogie vaudoise et suisse romande. C'est de ce fait un travail extrêmement intéressant. La modélisation complète aussi bien pour la Suisse romande que pour l'ensemble de la Confédération donne une excellente approche des possibilités de localisations de sites plus ou moins nombreux spécialisés en néonatalogie. Seule différenciation par rapport à une planification hospitalière générale pour toute la Suisse: le choix de la population, dans le sens statistique du terme. Si le choix de Moessinger de prendre l'ensemble des

³¹ Moessinger A. et al. Rapport du groupe de travail sur le réseau néonatal et ses annexes ; travail rendu en avril 2000 et publié que partiellement. Certains extraits, cartes produites et thèmes abordés se retrouvent dans l'annexe 20, respectivement dans des figures du texte sous l'explication de GEOSTAT, voir chapitre 4 ci-dessous : modélisations

³² cf. explications plus précises au chapitre 4 traitant de la modélisation

naissances connues (chiffres liés aux naissances prématurées de l'époque, soit de 1994 à 1998) est certainement justifié au niveau des règles de la statistique, pour notre étude, il s'impose de tenir compte de l'ensemble de la population à une date donnée.

4. MODELISATIONS: UN LABORATOIRE D'IDEES?

Pour mener à bien une étude de planification, le plus aisé est de travailler sur des modèles et voir les résultats que l'on obtient. Nous référant à l'étude Moessinger explicitée ci-dessus, nous avons approfondi/examiné les éléments de base proposés par l'OFS avec son logiciel GEOSTAT et avons testé ses diverses utilisations. Il est intéressant de constater que, jusqu'à ce jour, ce logiciel est utilisé essentiellement pour des études géographiques liées à l'aménagement du territoire et aux chemins d'accès ou voies de circulations.

Remarque : Avant d'aborder le chapitre de la modélisation proprement dite, il nous paraît important de préciser certains éléments: la grande difficulté de ce travail a été de trouver des données fiables, valables et comparables d'une année à l'autre. Durant nos recherches nous sommes rarement tombés sur les mêmes chiffres concernant le nombre de communes, de centres hospitaliers inscrits et recensés, sur les listes VESKA ou les données de l'OFS entre autres. C'est pourquoi nous avons finalement essayé de faire abstraction des détails et abordons la modélisation avec une vision générale quelquefois réductrice. Ce choix a été fait, car ce qui paraît essentiel c'est l'approche de principe.

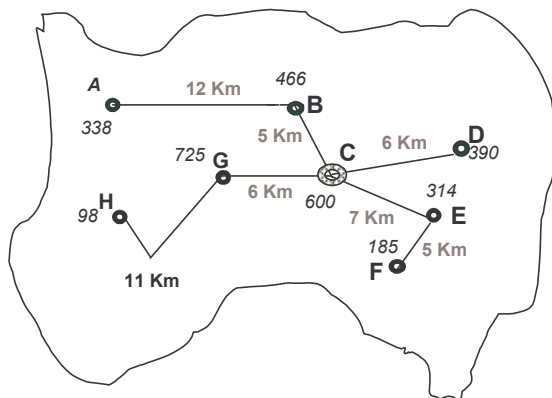
4.1 L'APPLICATION GEOSTAT

Le logiciel GEOSTAT est régulièrement mis à jour à l'OFS de Neuchâtel avec l'évolution des données de l'office. Ainsi, en 2001, furent introduites les dernières informations liées au réseau routier suisse ; les points liés à la population ne sont pas tous issus du dernier recensement national de 2000, mais il est tout à fait possible d'y introduire par canton, district ou commune des projections futures qui sont communiquées par les offices de statistiques régionaux. Pour la partie purement technique de son utilisation cf. ci-dessous à la figure 14, l'extrait de l'explication, (texte en anglais dans l'annexe 20) de son mode de calcul. Les éléments qui nous intéressent sont d'une part le mindistance et d'autre part le maxattend. Reposant sur les mêmes données de bases (populations et distances calculées à travers les voies de circulations routières), le mode de calcul différencié, en regard d'une pondération du nombre de personnes par surface additionné au déplacement nécessaire de cette même population pour rejoindre un point défini, donne des résultats très différents selon les choix opérés. Le plus simple est de montrer les exemples calculés dans l'étude de Moessinger avec un seul centre pour la même population en Suisse romande. La deuxième image de la figure 15 ci-dessous montre qu'en calculant en « maxattend » ou « maximized attendance » l'endroit géographiquement le plus proche de là où se trouve le nombre le plus important de la population est Genève pour 20'246 naissances à risques avérés prévues. La distance moyenne pour toutes les naissances observées est de 51 km avec un facteur d'impédance routière prévu de 0,5, uniquement pour le réseau autoroutier³³. Ceci démontre qu'en prenant en compte non seulement la distance moyenne, mais également le poids relatif de la provenance de la population on n'obtient pas le centre de gravité d'une région donnée comme centre potentiel (comme dans la première image de la figure 15 - mindistance - où c'est alors Lausanne qui deviendrait le centre pour la Suisse romande), mais une pondération territoriale en fonction de l'endroit d'origine de la majeure partie de la population.

Figure 14 : GEOSTAT explication à l'aide de quelques chiffres

³³ à propos de l'impédance routière cf. chapitre suivant (4.2) pour plus d'explications

Méthode "Mindistance"



Donnée du problème:

Une commune organise une distribution à la population de tous ses villages. Si chaque habitant doit se rendre au centre de distribution, dans quel village le placer pour minimiser le nombre de Km parcourus?

Population

338	466	600	390	314	185	725	98	Total
								3'018

Distances

	A	B	C	D	E	F	G	H
A	0	12	17	23	24	29	23	34
B	12	0	5	11	12	17	11	22
C	17	5	0	6	7	12	6	17
D	23	11	6	0	13	18	12	23
E	24	12	7	13	0	5	13	24
F	29	17	12	18	5	0	18	29
G	23	11	6	12	13	18	0	11
H	34	22	17	23	24	29	11	0

Kilomètres parcourus

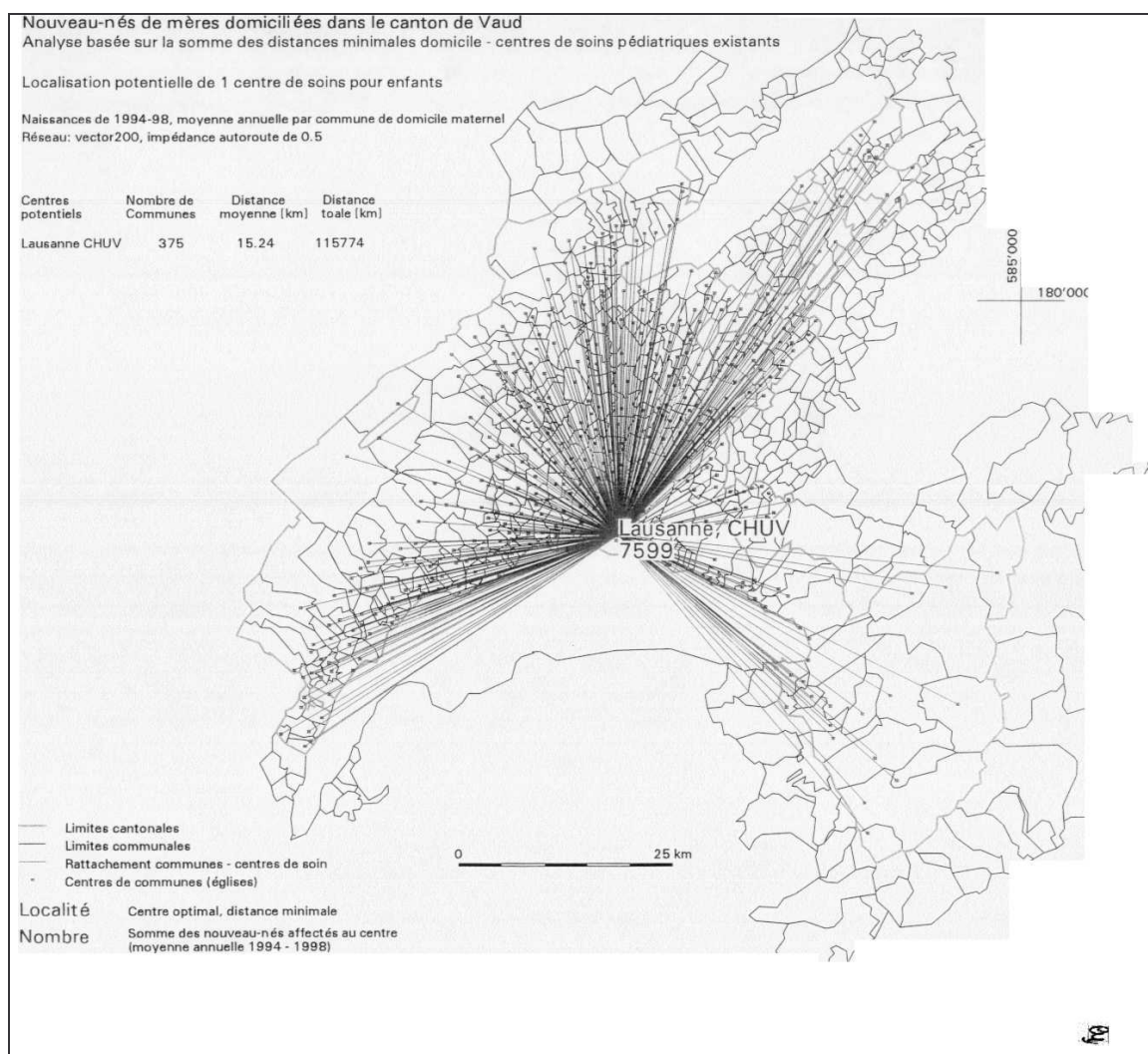
	A	B	C	D	E	F	G	H		
A	0	5592	10200	8970	7536	5365	16675	3332	57'670	A
B	4056	0	3000	4290	3768	3145	7975	2156	28'390	B
C	5746	2330	0	2340	2198	2220	4350	1666	20'850	C
D	7774	5126	3600	0	4082	3330	8700	2254	34'866	D
E	8112	5592	4200	5070	0	925	9425	2352	35'676	E
F	9802	7922	7200	7020	1570	0	13050	2842	49'406	F
G	7774	5126	3600	4680	4082	3330	0	1078	29'670	G
H	11492	10252	10200	8970	7536	5365	7975	0	61'790	H

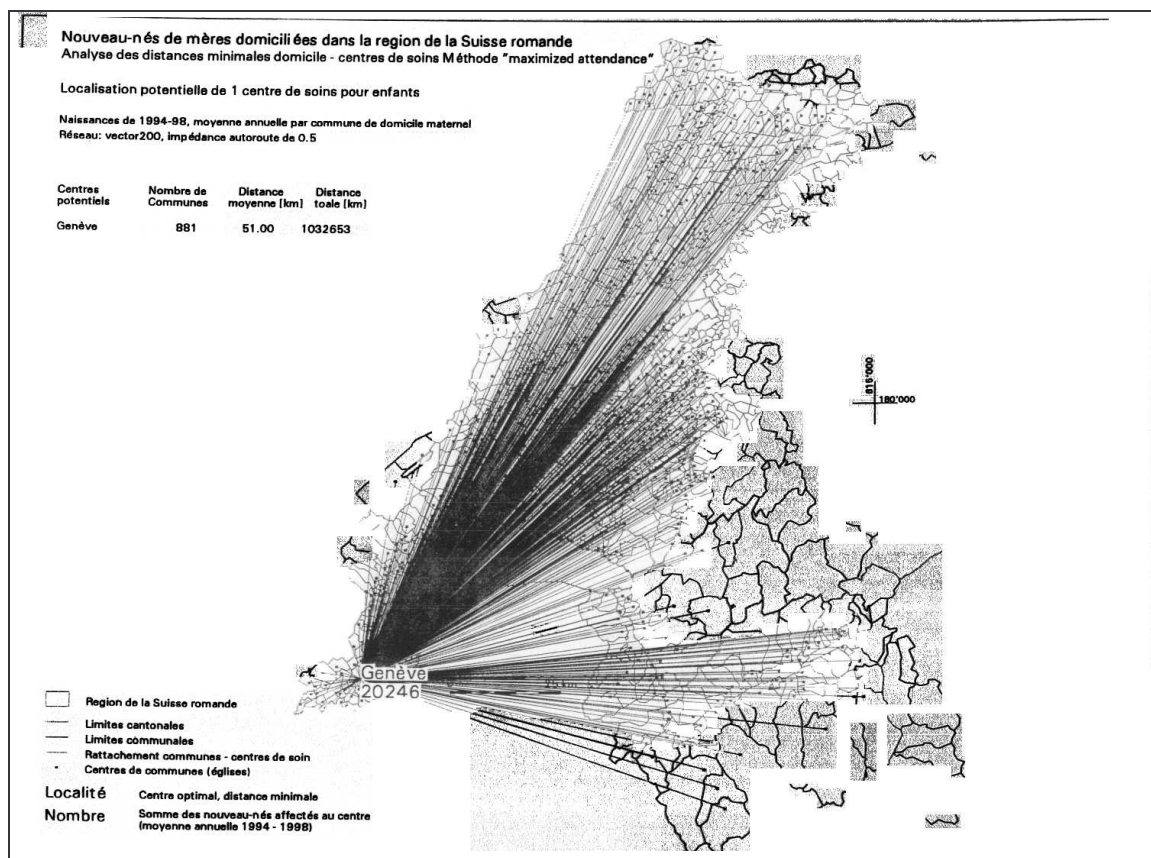
SSP-VD/MxF

En calculant la moyenne de toutes les personnes habitant dans une région donnée selon la méthode

mindistance, on arrive à proposer l'endroit géographique occasionnant le moins de déplacements, proche de Lausanne dans le cas présent, pour exactement les mêmes données mathématiques de base : seul le mode de calcul diffère. La figure 15 ci-dessous montre de manière évidente la différence. Le mode de calcul fait ici une moyenne générale de toutes les distances parcourues par les 20'246 parturientes sans tenir compte d'une pondération liée au nombre plus important de femmes avec des grossesses à risques dans la région genevoise.

Figure 15 : Mindistance et maxattend



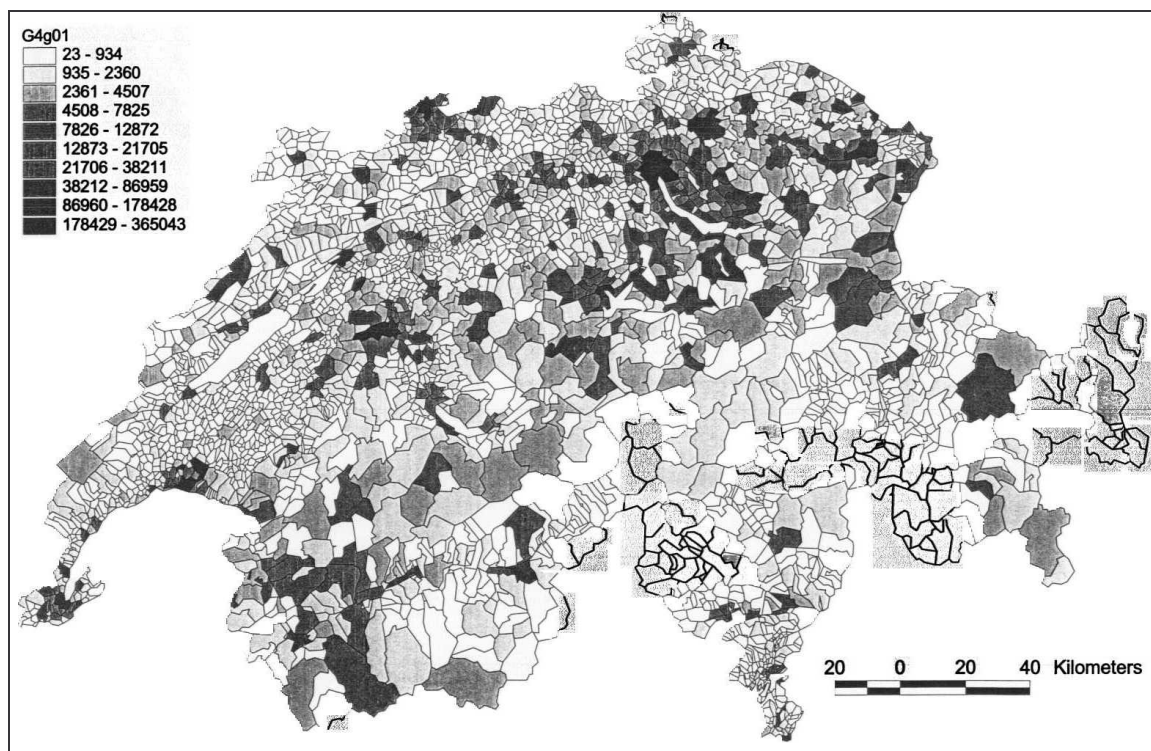


4.2 CRITERES

Suite à divers recherches et essais, nous avons opté pour les critères suivants.

Partant du principe que l'évolution de la population était plutôt une concentration lente et continue vers les agglomérations urbaines, mais qu'à contrario, certaines zones de montagnes étaient souvent utilisées à certaines périodes de l'année par des résidences secondaires, nous avons décidé, pour des raisons de simplification du modèle, de prendre les données actuelles de la population par commune (cf. fig 16 Carte des Communes de la Suisse ci-dessous) selon les derniers recensements en possession de l'OFS (année 2000).

Figure 16 : Carte des Communes de la Suisse



Pour ce qui est du réseau routier suisse (cf. fig 17 ci-dessous) dans GEOSTAT, selon les données les plus récentes (2001) de l'Office fédéral de la topographie, nous avons étudié les distances d'abord selon les éloignements réels, puis avec un facteur d'impédance routière contrôlé par l'institut ENAC de l'EPFL. L'idée est la suivante; les déplacements peuvent se faire à des vitesses moyennes de déplacements différentes en fonction de la fluidité du trafic sur les divers types de routes. Nous avons proposé de faire une impédance variant de 0,7 pour les autoroutes à 1,5 pour les routes secondaires et chemins de dessertes. Selon l'ENAC³⁴, "[...]vos coefficients de 1, 1.5 et 0.7 minutes par heure correspondent respectivement à des vitesses moyennes de 60, 40 et 86 km/h. A première vue, ces vitesses me paraissent faibles, mais en période de congestion, elles peuvent se défendre." Dans une autre étude d'Isabelle Thomas, publiée en 1993 à l'Université de Louvain dans la revue « l'espace géographique »³⁵, cette dernière écrit dans son troisième chapitre, précisant les éléments de sa modélisation « trois catégories de routes sont retenues, en fonction des limitations de vitesse pour l'estimation du temps de déplacement à partir de la distance kilométrique (50, 90 et 120 km/h); aucun facteur de variabilité n'est pris en compte (climat, congestion [du trafic], luminosité, etc.) ».

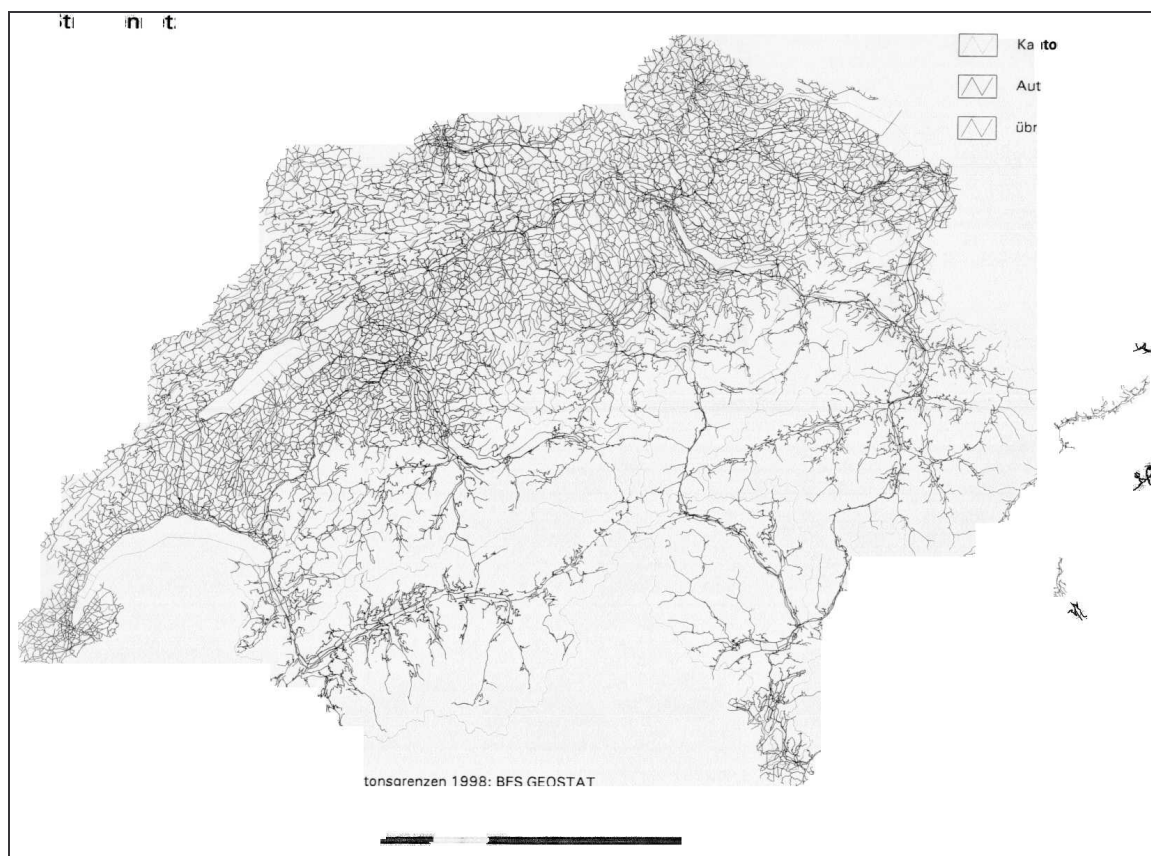
L'impédance proposée est donc un seuil de calcul très confortable et prudent qui pourrait être sensiblement inférieur à la réalité. Les résultats des temps de parcours proposés sont donc des

³⁴ cf. lettre à l'auteur de M. J-P. Leyvraz de l'Institut des transports de l'ENAC du 25.1.2002

³⁵ Thomas, Isabelle « Sensibilité du découpage spatial optimal des services d'urgence à la définition de la demande, quelques réflexions sur un exemple mésogéographique », parue dans l'espace géographique, no 4, 1993. RESUME : quelques simulations vérifient la sensibilité des résultats de la p-médiane à la manière dont la demande est estimée, pour un niveau d'agrégation spatiale donné et pour un problème particulier : le découpage d'une région en zones de compétence pour les équipes d'intervention d'urgences de la gendarmerie. Quatre méthodes d'estimation de la demande sont utilisées. Les ressemblances entre solutions sont systématiquement évaluées pour toutes les exploitations de la p-médiane. Toutes les estimations de la demande (à l'exception de la demande homogène) conduisent - en moyenne - à des résultats non identiques, mais souvent proches.

données qu'on devrait tester sur le terrain et optimiser.

Figure 17 : Réseau routier suisse



4.3 CARTOGRAPHIE IDEALE :

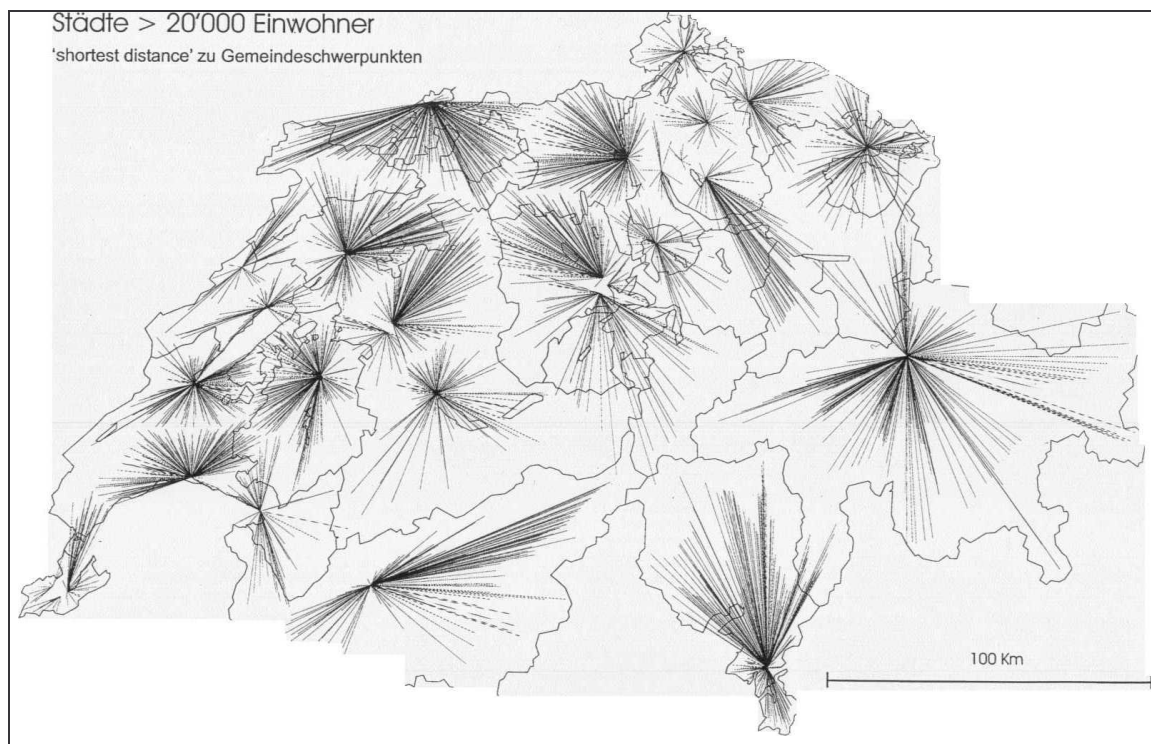
En partant du travail de la CDS catégorisation des hôpitaux de 1997 (cf. chapitre 3.1 ci dessus) et en se référant à des hôpitaux de taille [européenne] moyenne (entre 250 et 600 lits), en se référant au taux moyen de lits de 3,2/1000 habitants en regard de la population actuelle en Suisse on aboutit au chiffre **d'environ 40 établissements hospitaliers de soins aigus pour l'ensemble de la Suisse**. Ces hôpitaux se répartiraient environ 4'500 lits pour les hôpitaux universitaires, 3'000 lits pour les hôpitaux et cliniques privés, les 12'500 autres lits étant répartis de manière la plus rationnelle possible sur le territoire national.

4.3.1 Approches de base

Dans une première analyse, nous avons établi une carte des agglomérations de plus de 20'000 habitants en Suisse (cf. fig 13 ci-dessous 38 villes de >de 20'000 habitants). Cette première approche nous met dans un contexte réel et il n'est pas surprenant d'y trouver environ 80% des établissements hospitaliers de soins aigus dans l'environnement proche autour de ces agglomérations. (rayon de moins de 10 km). On voit également selon cette carte, issue d'une croissance géopolitique et historique, que les cheminements les plus longs sont ceux des régions à

l'urbanisation la moins dense, comme p. ex. les Grisons, le Valais, certains cantons de la Suisse centrale ou le Jura. De manière générale, ce sont les régions alpines et subalpines, ainsi que celles qui ont subi une forte décroissance démographique ces dernières décennies.

Figure 18 : Ville > 20'000 habitants

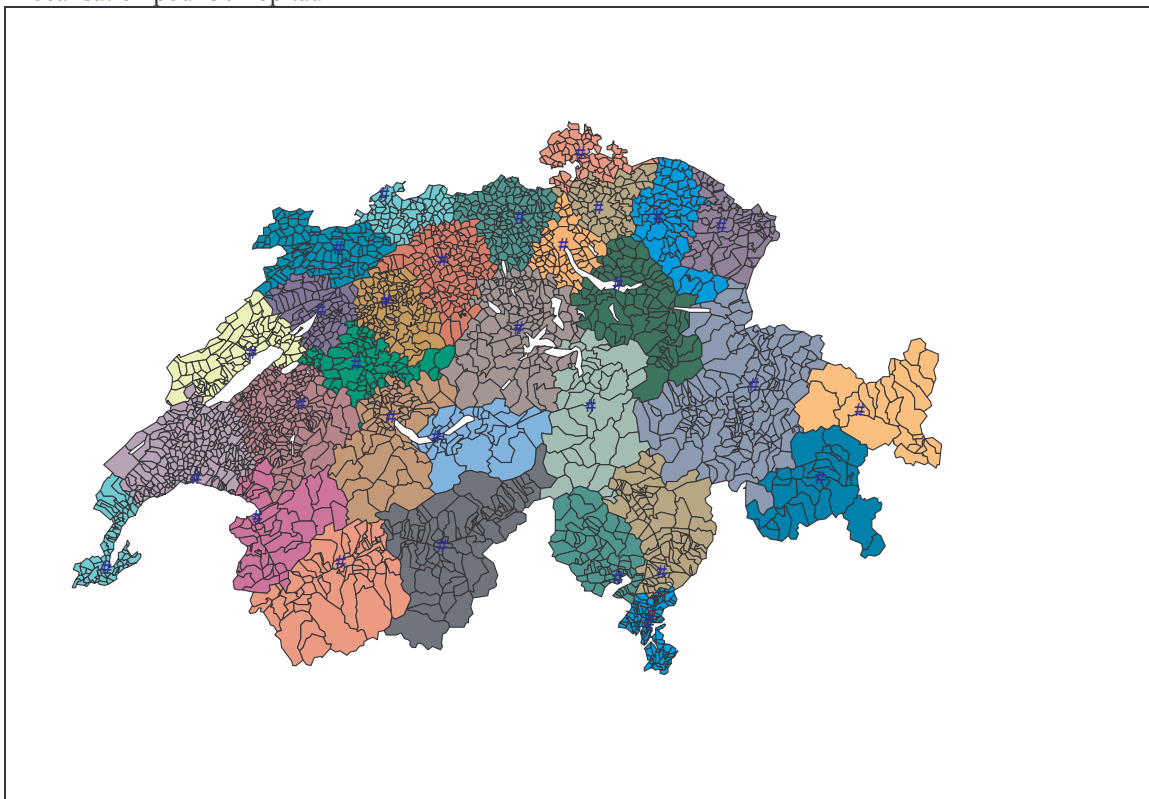


Ensuite, nous avons établi de manière aléatoire une carte calculant les distances minimales de 60 km (sans facteur d'impédance routière) pour localiser 30, 38, 40 et 50 établissements sur l'ensemble de la Suisse (cf. fig. 19 ci-dessous).

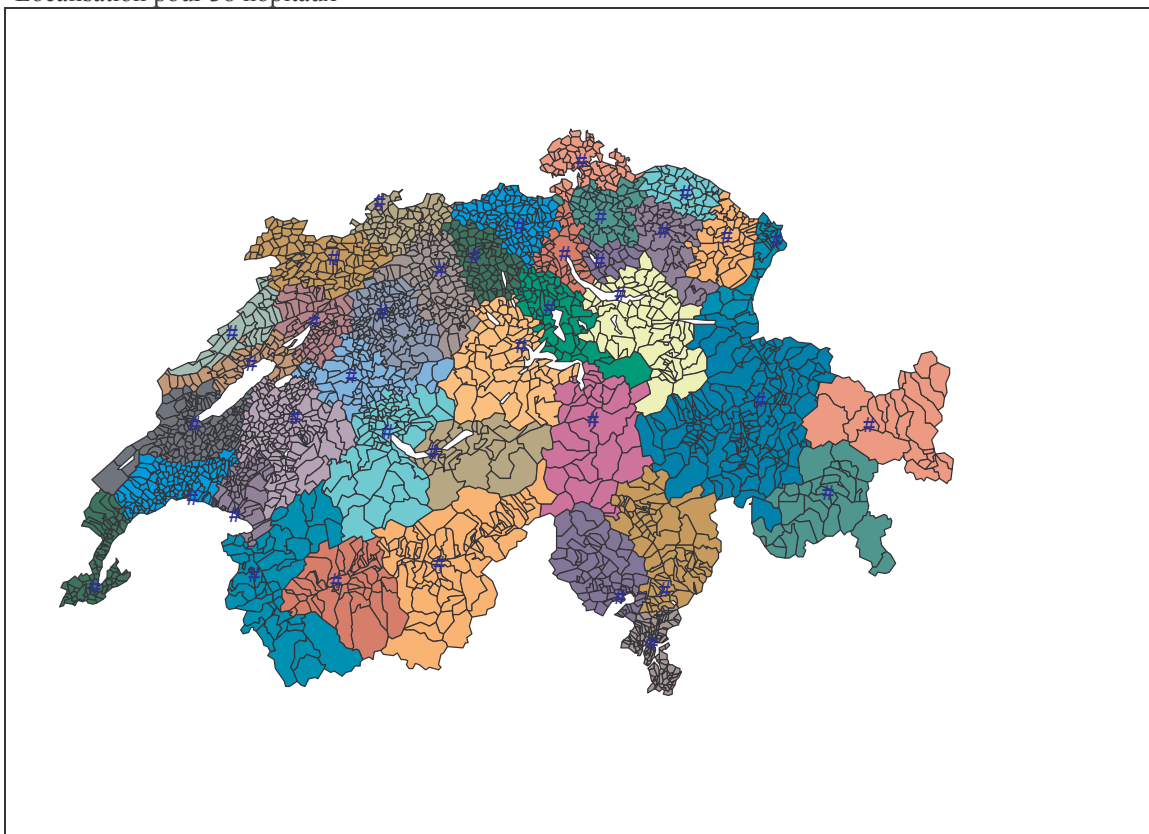
Une des exigences choisies était d'avoir une commune avec un nombre minimum de 500 habitants pour y implanter un établissement hospitalier.

Figure 19 : Implantations de 30, 38, 40, respectivement 50 hôpitaux en Suisse

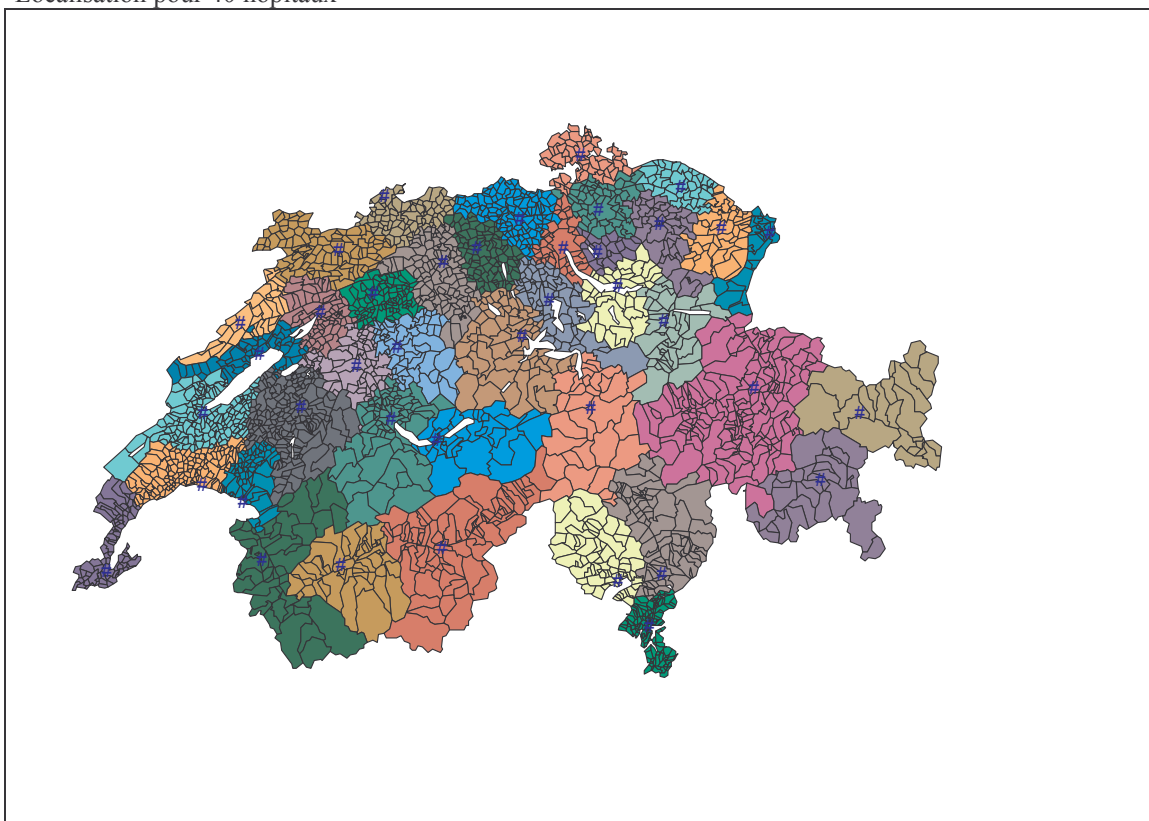
Localisation pour 30 hôpitaux



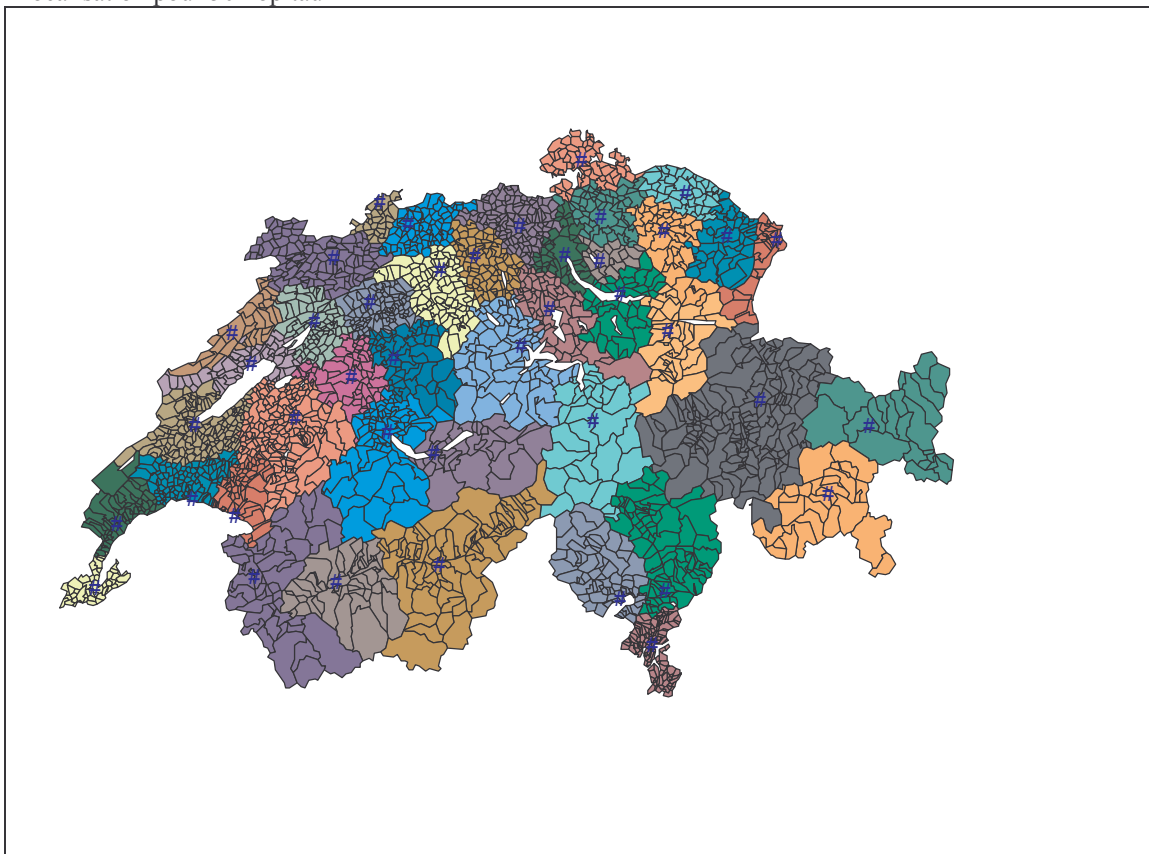
Localisation pour 38 hôpitaux



Localisation pour 40 hôpitaux

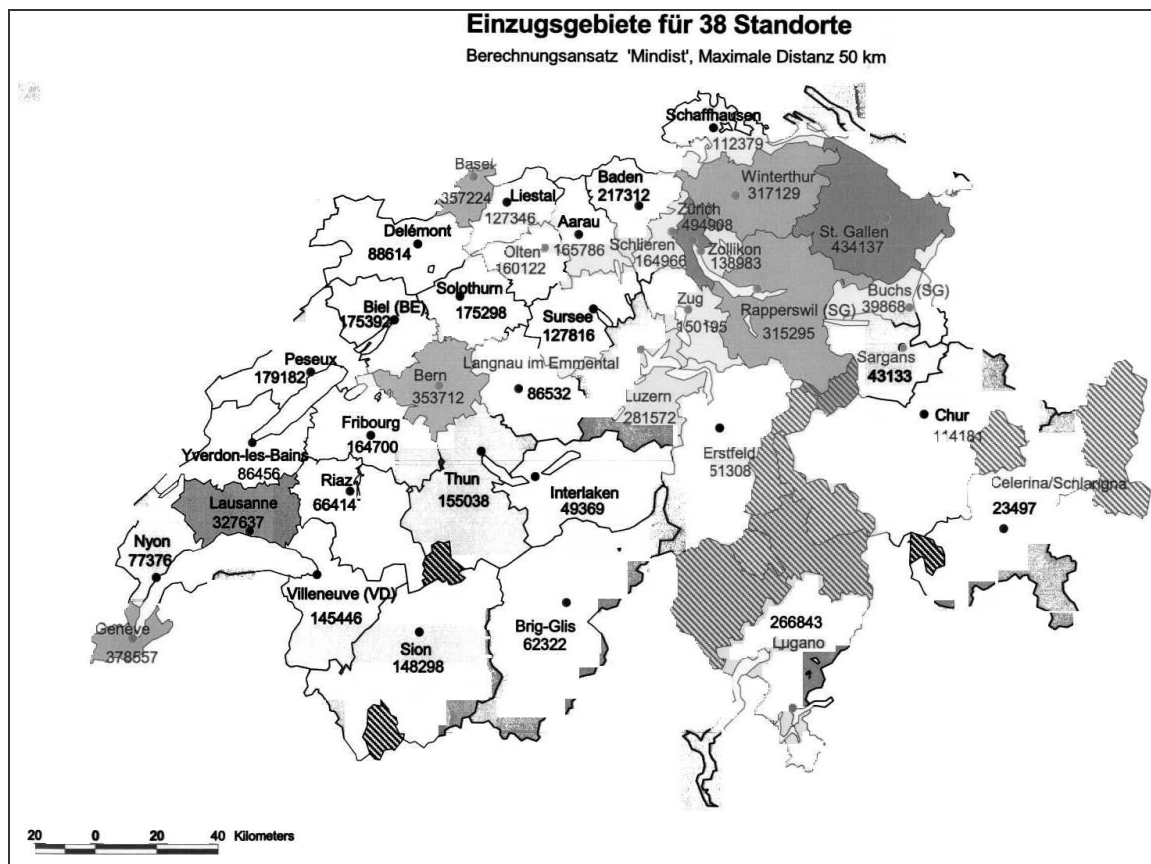


Localisation pour 50 hôpitaux



De ces cartes ressortaient des distances minimales de 50 km dépassées par endroits (en strié sur la carte de la fig 20, ci dessous).

Figure 20 : Impact de l'implantation de 38 hôpitaux sur les distances d'accès

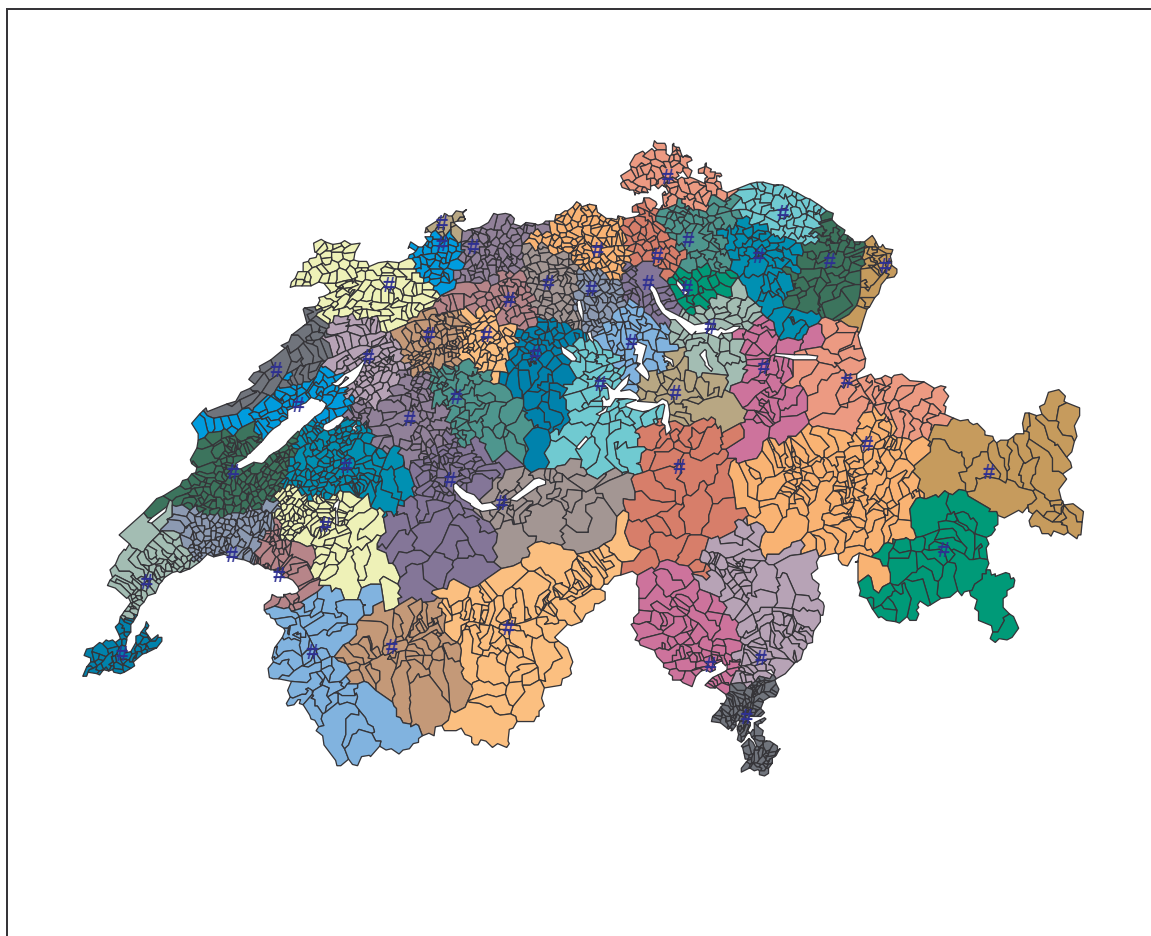


Sans impédance routière, nous pouvons constater que certaines communes ont des distances d'accès aux hôpitaux les plus proches supérieures à 50 km.

4.3.2 Correctif

C'est alors que nous avons ajouté le facteur d'impédance routière, avalisé par les spécialistes. En utilisant au mieux le réseau routier national et cantonal, les calculs démontrent une nette diminution du temps à parcourir pour aller du point le plus reculé d'une région vers un centre hospitalier. (cf. fig. 21: Carte de 50 Centres hospitaliers en Suisse)

Figure 21 : Implantation de 50 centres hospitaliers en Suisse



4.3.3 Limites et frontières

En grossissant les résultats, on s'aperçoit que quelques problèmes pratiques ne peuvent pas être résolus dans cette modélisation, par exemple certaines routes sont fermées en hiver ; les tunnels routiers peuvent-ils être considérés comme des voies sécurisées ? En plus de cela il n'est pas possible de tenir compte d'éventuels glissements de terrains qui peuvent obstruer de manière prolongée certaines voies de circulation, comme cela était p. ex le cas dans le bas de la Vallée de Conches, dans le Haut-Valais entre Naters et Mörel, en automne 2000, où tous les transports des marchandises pour les biens journaliers ont dû être effectués à travers la Vallée du Gotthard et le tunnel de la Furka durant plusieurs mois. Les frontières sont celles de la carte nationale; il est évident que, dans les régions à forte influence frontalière, ces dernières devraient tenir compte d'un apport accru de patients étrangers potentiels. Pour les grandes régions touristiques, il a été démontré qu'en calculant le nombre de touristes potentiels résidents, même durant les périodes de fêtes de fin d'année, le nombre de lits à disposition est généralement suffisant d'une part du fait que les facteurs de corrections nécessaires sont minimes, d'autre part du fait que beaucoup de lits sont vides durant ces périodes de vacances (très peu d'interventions électives, p.ex)³⁶. En cas de catastrophes

³⁶ Concernant les nuitées touristiques: selon nos calculs, un million de nuitées supplémentaires de touristes

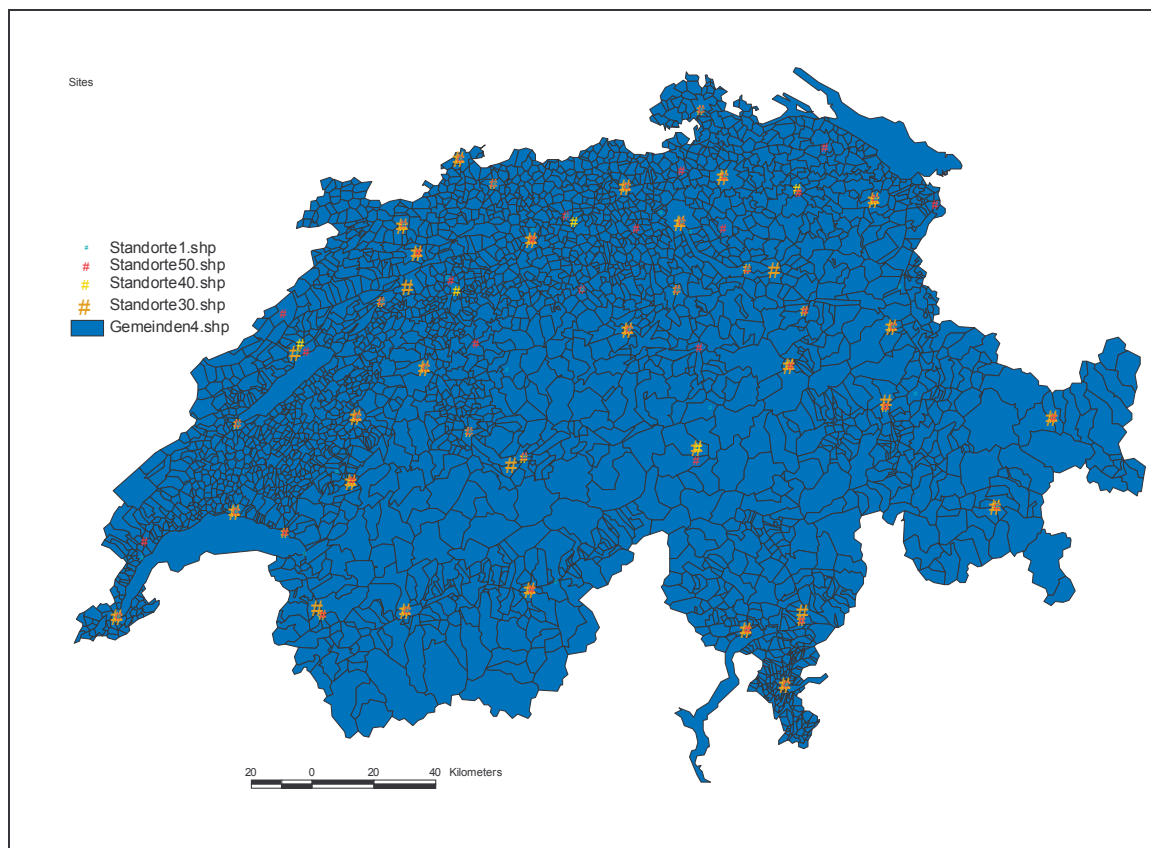
majeures, même des lits de réserves sont généralement insuffisants pour gérer correctement l'augmentation soudaine des flux des patients. Ce sont des types d'organisation complètement différents, généralement ordonnés par la défense nationale ou la protection civile qui sont prévus (utilisation de centres de protection civile ou de centres opératoires protégés, comme par ex. lors de la catastrophe ferroviaire survenue en été 1999 à Lausanne, déraillement de wagons de chemins de fer avec charge toxique).

4.3.4 Propositions

La proposition peut donc avoir plusieurs solutions. L'essentiel est de savoir, à ce stade, qu'un maximum de 24'000 lits de soins aigus est suffisant pour satisfaire les besoins de la population suisse. Il est vrai qu'il est fort probable que certaines anciennes structures hospitalières seront transformées en Centre de traitement et de réadaptation, en EMS ou en d'autres établissements de soins spécialisés pour autant que leur qualité et leur structure architecturale le permettent.

La vision donnée par la figure 22 ci dessous est donc une vision idéale et théorique.

Figure 22 : Vision idéale et théorique



est équivalent à une augmentation d'environ 570 jours d'hospitalisation, correspondant à 1,8 lits supplémentaires, ceci dans le cadre prévu d'un bassin de population de 100'000 habitants possédant un hôpital de 250 à 300 lits.

4.4 EXEMPLES DETAILLES DU CHABLAIS

Remarque : les indications de ce chapitre n'ont rien en commun avec les travaux du Groupe de travail ad hoc désigné par les Cantons de Vaud et du Valais en hiver 2001, puisque ces travaux sont, pour l'heure, confidentiels. Si nos conclusions pouvaient rejoindre les leurs, elles n'en seraient que plus solides.

4.4.1 Bases

Trois variantes sont analysées pour tester les incidences qu'on peut en tirer. Implantation de l'établissement hospitalier à Villeneuve/Rennaz, à Aigle et à St Tryphon /Ollon. Nous proposons une approche planificatrice (partant d'un concept de vue d'en haut) afin de générer des modélisations suffisamment diverses.

4.4.2 Analyses

Dans le détail, on constate selon les trois cartes ci-dessous (choix des variantes pour le site du Chablais, VD-VS) que les variations sont minimales au niveau de l'accessibilité des trois sites par toute la population de la région. Les frontières des surfaces de captation des divers établissements changent bien d'une commune à l'autre, mais à peine d'un district à l'autre. Dans cet exemple concret les distances les plus grandes entre les divers sites choisis sont de moins de 20 km. Ce qui change, par contre, dans l'absolu, c'est le bassin de captation de l'hôpital qui peut passablement varier selon les frontières choisies.

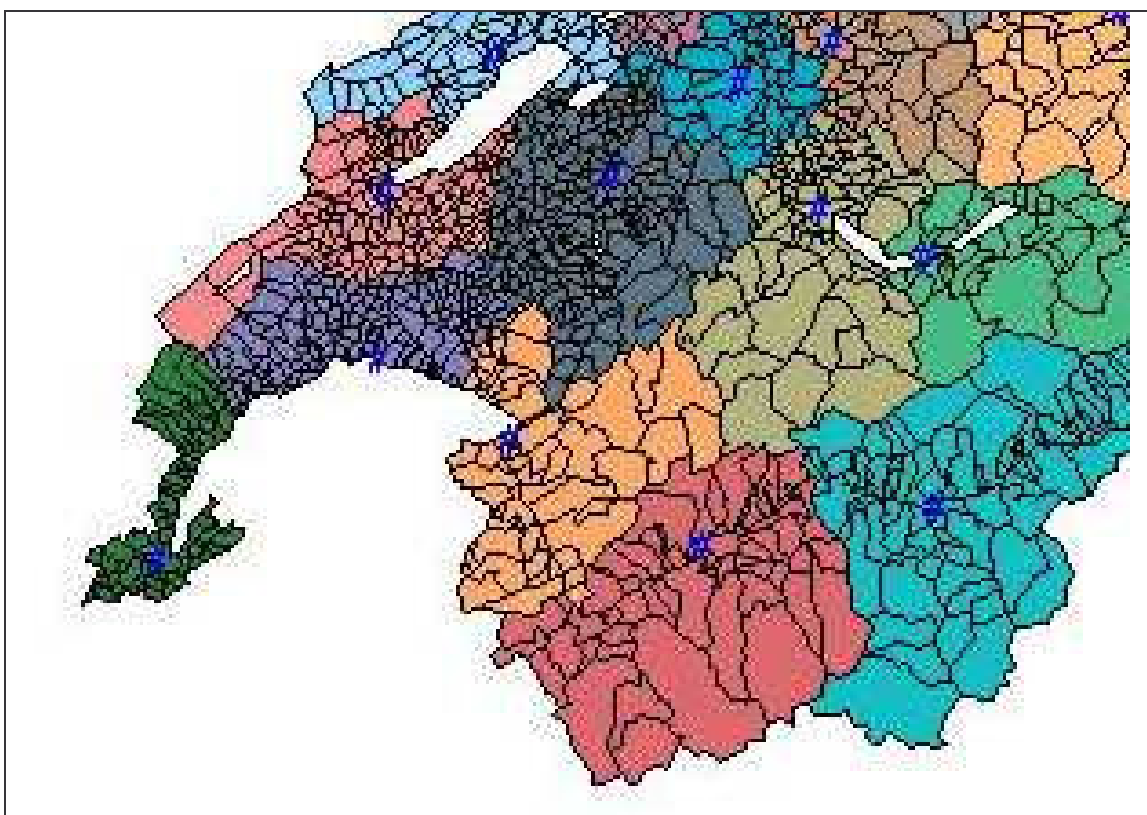
4.4.3 Choix des variantes

Les choix des variantes sont donc finalement essentiellement du domaine politique. Pour trouver la solution la meilleure, il faut connaître sa finalité: veut-on développer, avec une vision à long terme, plutôt telle région ou agglomération au regard de plusieurs critères comme les transports publics, les autres domaines publics (école, culture, etc.) et parapublics (centres d'achats ou supermarchés) et les régions ou pôles économiques? Il n'est plus possible de disperser de tout un peu dans chaque région. Un seul choix géographique sur les valeurs d'équidistance ou d'accessibilité pourrait mener à un mauvais choix à long terme. Il existe à ce propos une étude historique intéressante d'implantation de villes et places de marchés dans la Haute Sarine³⁷. Pour des raisons de stratégie d'influence géopolitique, une dizaine de villes ont été créées dans un mouchoir de poche à la fin du Moyen-Âge, seules celles situées à des endroits cruciaux ont subsisté (Bulle), la plupart des autres ont régressé au niveau de villages et certaines bourgades, respectivement leurs murs d'origine ne sont même plus reconnaissables voire visibles (Vuippens, La Tour de Trême, Corbières, Vuisternens, Broc, etc), sauf par des relevés archéologiques, mis à part les témoins architecturaux de châteaux ou maisons fortifiées. Peut-être l'histoire peut-elle en tout temps nous servir de leçon ?

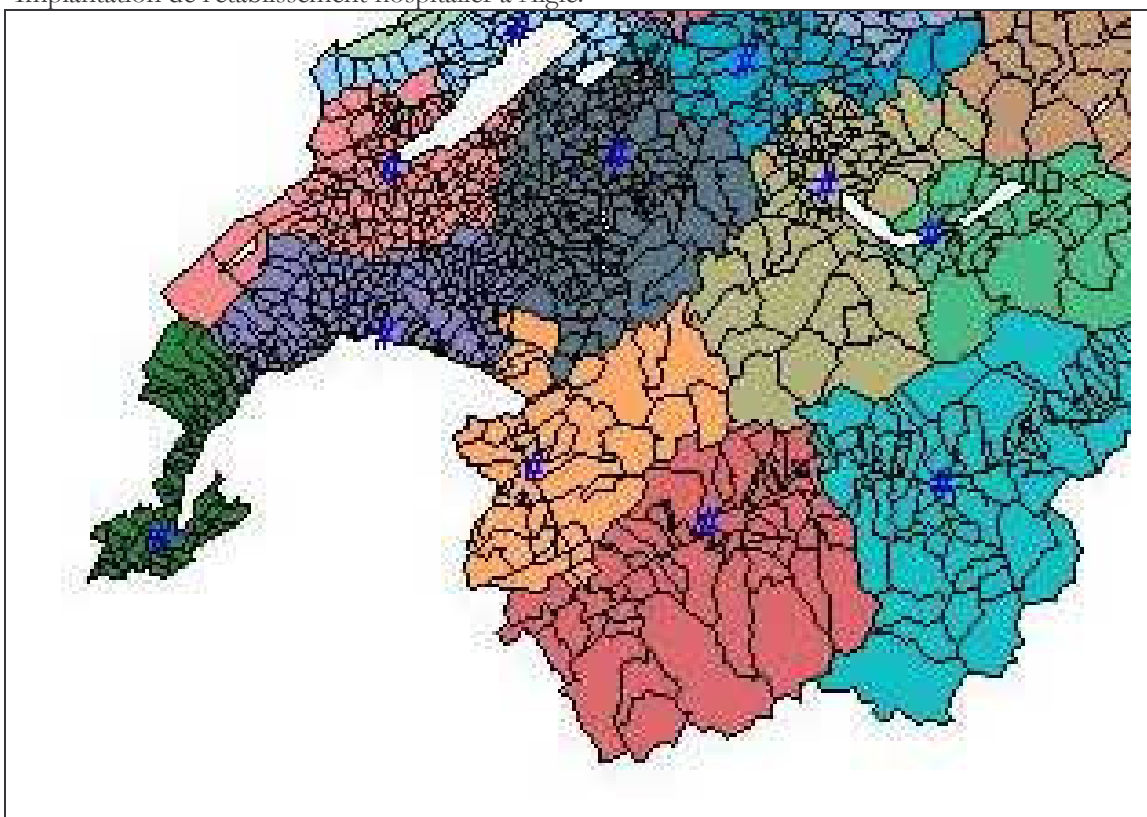
³⁷ Flückiger Roland, Städtegrundungen im Spätmittelalter im oberen Saanegebiet, Freiburger Geschichtsblätter, 1984

Figure 23 : Choix des variantes pour le site du Chablais (VD-VS)

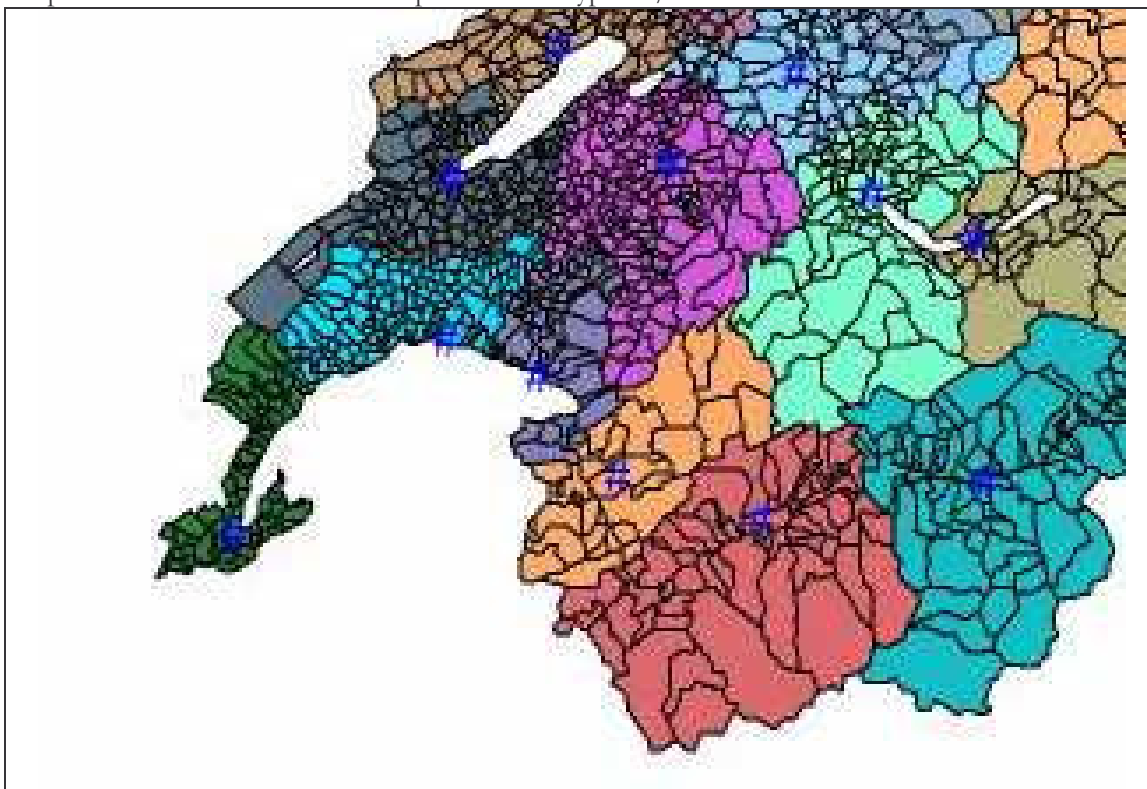
Implantation de l'établissement hospitalier à Villeneuve /Rennaz.



Implantation de l'établissement hospitalier à Aigle.



Implantation de l'établissement hospitalier à St Tryphon /Ollon.



4.4.4 Résumé et proposition de choix

On peut donc sans autre déduire que le choix à proposer est celui d'une moyenne de km à parcourir par plusieurs individus pour rejoindre un centre quelconque et celui d'une moyenne minimum de kilomètres à parcourir par plusieurs individus pour rejoindre un centre quelconque. Partant d'une planification globale et théorique au départ, on s'aperçoit que – tenant compte de la totalité des habitants d'une région élargie comme la Vallée du Rhône entre Sion et Lausanne – les résultats sont certes différents du niveau des sites et de leur situation spécifique, mais pas très éloignés les uns des autres quant à leur situation géographique. Finalement, il s'agit dans les trois variantes développées ci-dessus uniquement d'une différence d'une vingtaine de kilomètres d'un site par rapport à un autre : c'est donc presque des histoires d'esprit de clocher. Pour le site du Chablais, on peut s'imaginer que si celui d'Aigle était choisi en regard d'un regroupement économique renforcé de cette zone, alors il serait par exemple nécessaire qu'un des établissements de soins aigus ne soit plus universitaire dans la région lausannoise. C'est d'ailleurs déjà le cas dans les autres villes universitaires hospitalières comme Berne, Zürich et Bâle-Ville.

5. DE QUELQUES SOLUTIONS

5.1 PLANIFICATION

De manière générale, il apparaît illusoire de vouloir mettre en place une planification éclairée et éclairante sans vision globale. Dans ce sens, nous postulons sinon pour une planification uniforme au niveau de la Confédération, au moins pour une planification à l'échelle de 3 à 4 grandes régions sanitaires avec des bassins de population d'environ 2 millions d'habitants. C'est plutôt le regroupement des régions géographiques que les différences de langues et de culture qui devront être les moyens délimitant une région à une autre. Ceci permettra de sauvegarder, sinon d'accentuer les éléments liant la richesse confédérale du pays.

5.2 ECONOMIES

Il est déjà certain, même avec une première approche grossière³⁸, que des économies durables importantes pourront rapidement être mises en œuvre en réduisant le nombre des lits hospitaliers selon ces nouveaux critères.

Ces économies peuvent être admises sur trois niveaux: d'abord une réduction du nombre de lits d'hospitalisation remplis avec des malades inappropriés; ensuite une diminution des durées moyennes de séjour hospitalier (dms) et troisièmement des économies d'échelle (cf. chapitre 6.2.2 ci-dessous) dues au regroupement de services plus performant dans des établissements hospitaliers de 300 à 600 lits

5.3 REFORMES

Qui va aider ou inciter les professionnels de l'hôpital à être les acteurs et les auteurs décisifs d'une transformation indispensable ? Dans la préface de son livre « L'hôpital réformateur de l'hôpital » Richard Dalmasso écrit entre autres: « [...] *les évolutions culturelles considérables à accomplir sont encore freinées par une perception péjorative de la production hospitalière qui est considérée non pas comme une richesse*

³⁸ Un bref contrôle des économies potentielles donne un chiffre - très provisoire et subjectif - d'environ deux milliards de francs annuels et pérenne pour l'ensemble de la Suisse. Ces chiffres théoriques sont calculés sur la base des données statistiques de l'OFS en croisant les diminutions de lits des hôpitaux de base essentiellement avec le coût par jour de ces établissements. Le nombre de journées d'hospitalisation ainsi économisées par année est impressionnant, même s'il est calculé uniquement sur une catégorie précise d'hôpitaux. A cet effet, nous avons estimé pouvoir faire des économies seulement dans petits hôpitaux, du fait qu'on peut admettre que les lits universitaires ne vont guère diminuer et que certains coûts de restructuration sont nécessaires. Pour être plus précis et approcher un chiffre plus correct, il faudra faire des calculs et du bench-marking avec d'autres situations correspondant aux modèles prévus (surtout en ce qui concerne les dms et le nombre de lits par 1000 habitants) telles qu'elles pourraient se situer ailleurs dans les pays de l'OCDE, par exemple. Vraisemblablement que le chiffre serait beaucoup moins élevé et probablement plus proche du milliard de francs économisé.

nationale, mais comme une somme de charges de plus en plus pesantes pour la société.[...]. Il serait temps d'admettre que cette part du PIB qu'est la santé soit reconnue comme une entité importante, apportant des valeurs ajoutées difficilement mesurables. Pourquoi alors ne pas considérer cette masse de production comme n'importe quel outil commercial ayant son droit de cité de manière similaire à un autre service tertiaire, comme les banques, la recherche, etc. ? »

Or, ces domaines de l'économie bénéficient tous des moyens de gestion les plus affûtés et les plus modernes afin de résister à la concurrence accrue qui règne dans toute l'économie actuelle. Faisons bénéficier le domaine hospitalier également des outils de gestion les plus modernes et les plus performants ! C'est probablement le ferment issu des diverses facultés universitaires qui nous mettra à disposition cette nouvelle génération d'économistes de la santé qui pourra porter des fruits dans quelques années.

5.4 GESTION DE LA PLANIFICATION

Une ou éventuellement trois ou quatre grandes régions sanitaires intercantionales, comment peut-on s'imaginer quelque chose de pareil ? Comme énoncé dans le chapitre ci-dessus, avec une vision à long terme, nous sommes convaincus que seule une planification suisse globale, pas seulement confinée aux frontières cantonales actuelles, pourra porter des fruits à une rationalisation de la planification hospitalière. Pour l'instant, il n'existe pas de solutions toutes prêtes à ce sujet. Nous avons parcouru la littérature et abordons quelques pistes.

Dans son programme politique concernant la santé, seul le PDC propose certes de réorganiser le secteur santé en 3 à 5 grandes régions de Suisse sans toutefois clairement présenter des modèles concrets.

Il n'existe pour l'heure pas d'exemples convaincants de regroupements régionaux ou supracantonaux, compartimentant l'espace du pays en quelques grandes régions. Dans l'ouvrage édité par l'OFS en 1999 sous la responsabilité de Werner Haug « *Les grandes régions de la Suisse* »³⁹, plusieurs questions se sont posées et une reprise de nombreuses propositions historiques et journalistiques montrent bien les divers sujets abordés ces dernières années, sans toutefois se lancer dans une concrétisation utilisable telle quelle demain. Une définition de grandes régions du territoire national a été établie en 1997 afin de correspondre et d'être compatible avec la régionalisation NUTS (Nomenclature des unités territoriales statistiques) de l'Union européenne. « L'objectif d'une telle structuration macrorégionale[...] s'inscrit dans une évolution fondamentale de la société, de l'économie et de la politique. Les entreprises, les associations et d'autres groupements s'organisent en effet de plus en plus à des niveaux supracantonaux. Les bassins d'emploi et les zones de pendularité s'élargissent. [...] Comment arriver à gérer le développement des agglomérations si celles-ci s'étendent de plus en plus au delà des frontières cantonales alors que la politique reste malgré tout marquée de l'empreinte des structures cantonales ? Quels sont les groupements de cantons appropriés pour planifier des infrastructures ou des services publics en commun ? [...] La nécessité d'une observation du territoire qui tienne davantage compte des processus macrorégionaux est un fait incontesté. »

L'Association Métropole Suisse ne se trompe pas en posant, entre autres dans sa dernière publication, la Charte de la « Métropole Suisse »⁴⁰, la question du nouveau découpage de la Suisse : « *Les frontières politiques actuelles sont de plus en plus dépassées. Elles sont souvent inopérantes lorsqu'il s'agit de*

³⁹ OFS, -édité par Dr. Werner Haug, Les grandes régions de la Suisse, La Suisse dans le système des régions NUTS, Neuchâtel 1999 ; cf. extraits de la publication en annexe 22

⁴⁰ Association Métropole Suisse, 8050 Zürich, président Michel Bassand, Genève, prof. de sociologie et directeur de l'IREC- EPF Lausanne : cette association se veut promoteur d'une valorisation des 5 grandes agglomérations de Suisse tout en ménageant les espaces verts, le développement durable, des transports publics intelligents et d'une Suisse plurielle et attrayante.

trouver des réponses aux questions culturelles et scolaires, aux problématiques sanitaires et sociales ou de planifier le développement d'infrastructures ou de transport. Toujours plus de décisions concernent plusieurs communes, plusieurs cantons, des parties entières du pays ou des régions que nous partageons avec nos pays voisins. Faut-il procéder à un nouveau découpage de la Suisse? Non. Mais si nous voulons assurer la fonctionnalité du fédéralisme suisse, il faut l'adapter aux conditions actuelles et futures, repenser la répartition des tâches entre les communes, les cantons et la Confédération selon de nouvelles formules et de nouvelles règles. »

Il est intéressant de voir que le Conseil fédéral a adopté un rapport, hélas non encore publié, lors de sa séance du 19 décembre dernier, ouvrant la porte à une vision novatrice de l'agglomération. Ce document, selon Y. Jaggi dans un article du Temps⁴¹ « devance courageusement l'évolution des mentalités » et constaterait *« que les territoires institutionnels, délimités par les frontières cantonales et communales, ne correspondent plus aux frontières du vécu[...] Tout le monde pressent une prochaine redistribution des cartes géopolitiques en Suisse. Cette nécessaire redéfinition des champs de compétences a de quoi exciter les esprits visionnaires, qui s'imaginent les futurs possibles. »*

Autre exemple d'une planification supra régionale arborant une vision large des problèmes de l'urbanisation et de ses corollaires : Hans-Georg Bächtold écrit dans un article paru dans l'IAS⁴² no 22 du 2 juin 2000 *« planification du territoire sans frontières: la concurrence des régions en Europe nécessite une utilisation intelligente et surtout commune [dans le sens communautaire, à se partager] de l'espace. Le territoire du Haut-Rhin est celui d'un espace au milieu de l'Europe, dont les sous-espaces sont toutefois chacun des régions à la marge (en bordure ?) de leurs pays respectifs. Il démontre que pour développer harmonieusement cette région, il est nécessaire d'unir les forces et de ne pas travailler chacun pour soi, selon des législations différentes. Pour cadrer l'objectif d'orientation, l'auteur définit six points stratégiques :*

- *Confirmation du territoire à fonctions charnières*
- *Concentration décentralisée de la métropole trinationale*
- *Réseau de villes dans un territoire campagnard – champêtre [Parklandschaft]*
- *Projet d'économie intégrée - concept d'économie globale*
- *Interconnexion des infrastructures de transports*
- *Pratique générale de l'interrégionalisme au delà des frontières nationales.*

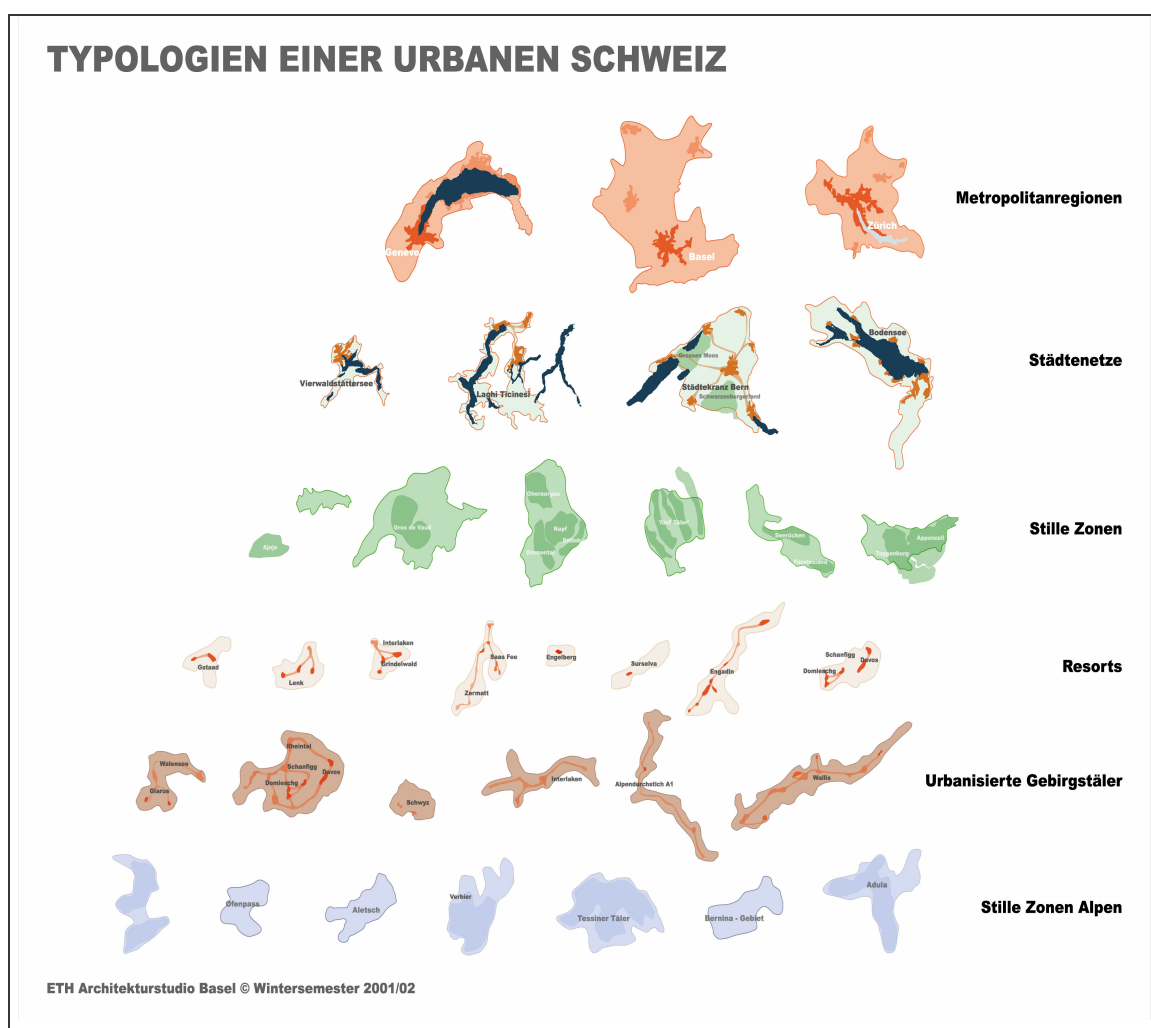
L'auteur est convaincu qu'en mettant en place une structure interfrontalière avec les outils modernes de la communication, en rendant ces éléments acceptables par le politique, même si le travail ne fait que commencer, les rails sont posés pour avancer. Par ailleurs, nous notons qu'il est curieux de constater que cette approche concerne quasi tous les domaines (économie, culture, formation et recherche, transport, langues), sauf celui de la santé qui mériterait certainement aussi une collaboration à ce niveau de la planification.

⁴¹ Le Temps, OPINIONS : Yvette Jaggi, cf. article mars 2002

⁴² Raumplanung ohne Grenzen : Auf dem Weg zu einer trinationalen Raumordnung am Oberrhein, von H-G Bächtold, in IAS-Schweizer Ingenieur und Architekt- no 22, Juni 2000, cf. annexe 23

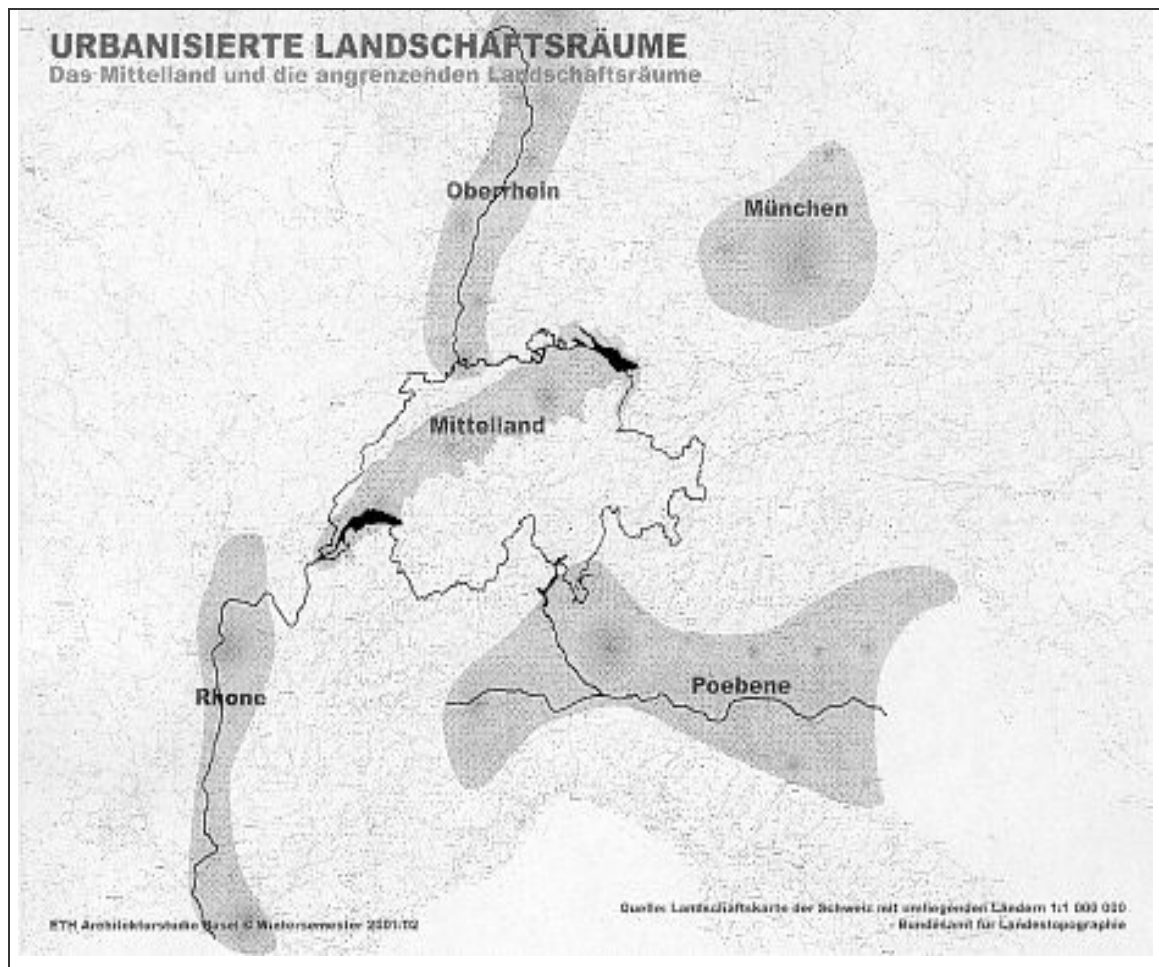
La dernière étude intéressante concernant la planification à une échelle plus grande est celle fraîchement publiée par le « ETH Architektur-Studio Basel : recherches en Suisse »⁴³. Il s'agit de développer à Bâle – selon les auteurs –, « quasi dans le garage de la villa transformée en laboratoire d'idées », une dispute commune sur la ville actuelle [*eine gemeinsame Auseinandersetzung über die Zeitgenössische Stadt zu führen*] et une nouvelle lecture de la carte géopolitique et physique de la Suisse. Un livre du Architekturstudio Basel, sortira prochainement pour titiller l'esprit et la construction mentale d'une vision nouvelle du pays. Par exemple la vision de ces promoteurs compartimente la Suisse non seulement à l'intérieur de ses frontières strictes, mais façonne « le début d'un grand espace urbain (mégaville ou hyperville selon les termes utilisés par certains), qui, dans le cas de Bâle, se développe jusqu'à Francfort ou, dans l'exemple du Tessin, s'étend jusqu'à Milan ». La cartographie proposée rend compte de cette vision éthérée des choses soulignant le positionnement de notre pays au cœur géographique de l'Europe.

Figure 24 : Typologie d'une Suisse urbaine



⁴³ Update zur Gegenwart, Studio Basel : Forschung in der Schweiz dans w,b+w/04/2002. Les professeurs de l'EPFZ Jacques Herzog, Marcel Meili, Roger Diener et Pierre de Meuron ont voulu élargir le terrain institutionnel de la faculté d'architecture de l'EPF en regard d'une vision géographique, thématique et méthodologique. En priorisant l'analyse avant la projection et en le faisant fonctionner comme institut pour la recherche de l'urbanité contemporaine, il suit un nombre restreint d'étudiants sur des projets distincts en les coachant de près par les professeurs.

Figure 25 : L'Espace Mittelland et les territoires environnants



En résumé, on voit que quelques réflexions nouvelles sont en cours de gestation et en discussion, mais qu'un chemin important reste encore à faire d'ici à pouvoir concrétiser 3 à 4 grandes régions sanitaires en Suisse. Il est important d'introduire des actions dans les meilleurs délais pour trouver des solutions aux problèmes actuels.

6. ET APRES?

On constate de-ci delà certains progrès pour améliorer la gestion des hôpitaux, à travers les APDRG⁴⁴, par exemple. Le tarif unifié des prestations médicales (TARMED) a mis une vingtaine d'années à être construit ; il va finalement être mis en œuvre en 2004, si tout se passe comme prévu. Mais bien des efforts sont à réaliser pour ne pas continuer une gestion de pompier au coup par coup, mais plutôt initialiser des changements importants pour mieux gérer les coûts de la santé. Quelques pistes sont proposées ci- dessous.

6.1 PLANIFICATION POUR 3-4 GRANDES REGIONS INTERCANTONALES:

Au niveau de la planification, il est essentiel d'avoir une vision à plus grande échelle que celle des cantons. De manière similaire à ce qui a été proposé au chapitre 4.4 ci-dessus, il est nécessaire de réaliser des modélisations plus poussées, p. ex avec GEOSTAT pour les grandes régions de Suisse. Essentiel est, pour les faire accepter par le politique, une concertation préalable des « technocrates planificateurs » avec les autorités régionales, les directions sanitaires et hospitalières afin de créer un langage commun avant d'admettre de nouveaux concepts d'implantation d'établissements hospitaliers d'envergure minimale (entre 250 et 500 lits de soins aigus). Même si les frontières cantonales sont, en partie du fait de l'article 41,3 de la LAMal (traitant de l'hospitalisation hors canton) d'immenses murs, parfois infranchissables, rien n'empêche que des modélisations se fassent dans des petits groupes de travail pour voir l'aspect que pourrait avoir la Suisse sanitaire de demain à travers de grandes régions. Il est possible de s'imaginer , p. ex. que ce soit les Cantons qui se regroupent dans un premier temps en trois à quatre grandes régions sanitaires au travers de conventions intercantonales. Cela existe d'ailleurs déjà en Suisse orientale à travers la "Ostschweizerische Krankenhausvereinbarung". Si cela ne se faisait pas dans des délais convenus, alors la Confédération pourrait intervenir et imposer une planification rationnelle selon des règles à édicter.

⁴⁴ APDRG: "All Patient Diagnostic Related Group" comprend tous les patients y.c. ceux psychiatriques (au contraire des DRG). Les diagnostics sont codés et regroupés selon certains critères afin d'obtenir des catégories rassemblant des états similaires en termes de geste médical, ou en termes de coûts. Ce regroupement est fait par des médecins, puis contrôlé par des "encodeurs" pour les grands hôpitaux.

6.2 AUTRES PROPOSITIONS

Pour mettre en œuvre une planification nouvelle, il est en outre nécessaire d'affiner certaines études et d'explorer quelques nouvelles voies.

6.2.1 ETUDE sur la proximité

Pour améliorer le taux d'acceptation de cette planification nouvelle, il serait intéressant de réaliser une étude économétrique sur le taux de satisfaction réel et subjectif⁴⁵ de la distance d'un établissement hospitalier par rapport au lieu d'habitation ou de travail des individus. En comparant, p. ex. les distances que les personnes sont prêtes à parcourir pour diverses prestations culturelles, sportives et de divertissement par rapport aux distances séparant le lieu de domicile des familles à celui de « leur » hôpital de référence. Spécialiste de la géostatistique, la chaîne de meubles IKEA n'a implanté que 6 points de ventes en Suisse. Selon l'étude de D. Peeters ⁴⁶ sur l'approche géographique de calculs de distance (mindistance et similaires), il ne serait en effet pas étonnant d'avoir très peu de différence réelle entre la localisation d'un établissement public (hôpital, école, local de pompier ou de gendarmerie) et l'optimum des déplacements à réaliser pour satisfaire toute une population, même si la localisation desdits centres varie d'une dizaine ou vingtaine de kilomètres. Il semblerait en effet que le plus difficile à gérer psychologiquement est l'éloignement subjectif d'un établissement central.

En reprenant les chiffres, vecteurs des cartes présentés à la figure 19 respectivement 21, il apparaît que la distance moyenne par habitant est aujourd'hui de moins de 15 km. Dans les propositions faites selon les modélisations de 50, 40 respectivement 30 hôpitaux, elle passerait à 22 km, 27 km, respectivement 31 km.

Figure 26 : Tableau comparatif des modélisations

RESUME DES MODELISATIONS <i>Synthèse de l'annexe 24</i>			
Modélisations	Population (Totdemand)**	Distance totale* (Alt_titwdist)**	Distance moyenne par habitant
30 Hôpitaux	6'873'687	223'302'224'288	32'486.53
40 Hôpitaux	6'873'687	186'338'274'592	27'108.93
50 Hôpitaux	6'873'687	148'908'748'960	21'663.59
261 Hôpitaux	6'872'307	79'951'573'374	11'633.88
* Egal à la distance parcourue par tous les habitants			
** Libélé GEOSTAT			

En calculant le temps de trajet moyen par habitant, on arrive ainsi, sans impédance routière avec

⁴⁵ L'auteur se souvient de discussions rocambolesques par rapport à ces thèmes de distances réelles ou subjectives en fonction de choix très personnels d'aller dans un shopping-center ou Macdo à plus de 40 km, correspondant à l'époque en fonction des routes existantes, à plus de 45 minutes de déplacement, pour déguster un hamburger avec du Coca, mais, par contre, des difficultés à accepter un déplacement de plus de 15 minutes pour voir son médecin traitant.... !

⁴⁶ Peeters Dominique, Pierre Arnold, Thomas Isabelle "Network configuration and P-median results: the case of the hexagonal spatial structure", CORE, Urban systems, 1-2-3, 69-90, Louvain, 1995

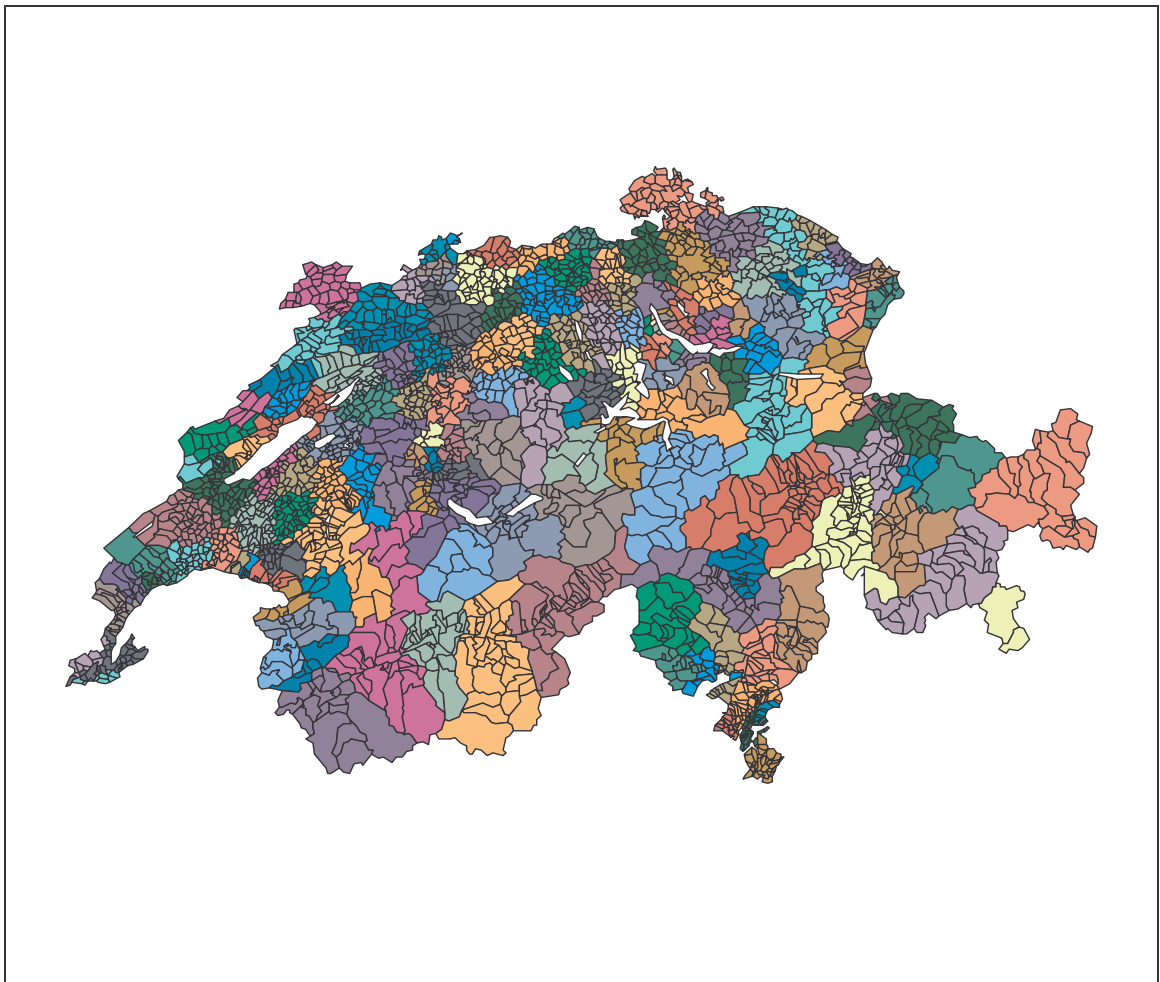
une vitesse moyenne de 60 km/h, aux chiffres suivants:

Temps d'accès moyen/hab.276 établissements hospitaliers (1994):	< 15 min.
Temps d'accès moyen/hab.30 établissements hospitaliers (modélisation):	~ 33 min.
Temps d'accès moyen/hab.40 établissements hospitaliers (modélisation):	~ 29 min.
Temps d'accès moyen/hab.50 établissements hospitaliers (modélisation):	~ 24 min.

Selon les calculs d'impédance routière proposés au chapitre 4.3.2 ci-dessus ces chiffres devraient être diminués d'environ 20% avec les autoroutes et routes intercantionales, respectivement augmentés d'environ 20% pour les accès par des routes sinueuses ou de campagnes.

Nous n'avons pas trouvé de chiffres suffisamment précis et fiables pour faire des comparaisons statistiques avec d'autres pays de l'OCDE, mais pouvons admettre que les chiffres proposés dans les modélisations sont très probablement nettement en dessous de ce qu'on trouve comme densité hospitalière dans la plupart des pays européens. Une comparaison précise serait utile pour affirmer ces dires.

Figure 27 : Carte⁴⁷ des localisations de 261 hôpitaux (selon liste VESKA, 1994)



⁴⁷ La carte de la figure 27 ci-dessus correspond à la transformation dans GEOSTAT de la carte de la figure No 4 (276 établissements moins les cliniques spécialisées -15 établissements - ne présentant pas de prise en charge chirurgicale): total 261 établissements hospitaliers avec chirurgie.

6.2.2 ETUDE sur les économies d'échelles

Pour resserrer le taux des économies réalisables avec cette planification plus rigoureuse, il serait intéressant de réaliser une étude plus poussée sur les économies d'échelle à obtenir lors du regroupement de petits hôpitaux vers des unités plus performantes de 250 à 500 lits. Dans son étude, Crivelli démontre qu'à partir de 135 lits déjà des économies notables sont atteintes dans la plupart des services. Une première approche serait de modéliser les économies d'échelles atteignables en fonction d'études économétriques plus poussées selon des analyses de coûts de fonctionnement par service.

Dans plusieurs des nombreuses fusions hospitalières réalisées ces dernières années en Suisse (et à l'étranger) des économies de plusieurs centaines, voire milliers de kilofrancs ont été annoncées. Il serait intéressant de contrôler, si à l'arrivée, les chiffres annoncés ont été atteints, dépassés ou tronqués. Une analyses des différences entre les objectifs annoncés et les montants réellement atteints permettrait de tirer des leçons pour l'avenir. La grande difficulté consiste à obtenir ces chiffres des divers services de santé, du fait que les promesses d'économies faites ont souvent été rattrapées par des hausses légales ou des augmentations de coûts exogènes aux restructurations prévues initialement (en général, forte amélioration du standard d'équipement et du personnel dans des structures nouvelles et plus performantes).

Ce travail permettrait de donner une approche plus précise des coûts de restructuration dans ce domaine. Selon nos estimations sommaires, ceux-ci se situent entre 5 et 15% des budgets annuels d'exploitation d'un établissement hospitalier de taille petite à moyenne⁴⁸.

6.2.3 AMONT: accréditations et numerus clausus

Des facteurs qui influencent probablement plus fortement les dépenses de santé que ce qu'il est commun d'admettre, comme le démontre Domenighetti lors d'une de ses récentes études, proviennent fortement de la part du comportement du patient et de son médecin⁴⁹. C'est pour ces raisons que les assureurs et certains dirigeants politiques suggèrent depuis quelques années déjà de limiter le nombre de médecins traitants par des accréditations et par un numerus clausus. Sans entrer dans la polémique des discussions nombreuses sur ce sujet, il nous semble vrai que ces deux mesures sont certainement des possibilités, parmi d'autres, de mieux gérer en amont le domaine hospitalier.

6.2.4 AVAL: groupes de patients selon Pareto et APDRG ainsi que TARMED

En aval de la planification et gestion hospitalière se trouve la gestion journalière des établissements avec toutes ses complications et complexités. Sans entrer dans une critique de l'utilisation certes bénéfique, mais également lourde en tâches administratives des APDRG (All patients diagnostic related groups), action qui vise à donner une transparence totale à tout acte médical ou médico-

⁴⁸ Lors de la fermeture de l'hôpital de Moudon qui a créé un certain séisme politique dans le canton de Vaud, les coûts de restructurations liées aux changements de mission ont été correctement chiffrés. Mais certains éléments, comme la restructuration de l'emploi ou les transformations du bâtiment pour lui conférer une mission nouvelle - même si dans ce cas elle est para-hospitalière, il est prévu d'en faire un EMS pour la région avec un centre de santé (avec des cabinets de groupe) – ont été passablement sous-estimés au départ.

⁴⁹ cf étude Domenighetti publié au printemps 2002 sur le sujet

technique dans un établissement hospitalier et donc à permettre de mesurer son coût réel, il nous semblerait utile de trouver des moyens plus simples pour mieux cerner les coûts d'hospitalisation de manière plus fine que celle trop grossière d'une approche par coût de journée. Une approche relativement simple consiste encore et toujours dans l'utilisation de la loi de Pareto, même pour ce domaine aussi complexe que le monde hospitalier. En 1996 -1997, Luc Schenker, chef des finances des hospices cantonaux vaudois, avait développé avec son équipe d'économistes une approche intéressante. Voyant la peine que les APDRG avaient à être acceptés pour être introduits rapidement dans les hôpitaux universitaires suisses, il avait développé une liste des cas les plus significatifs et les plus usités (environ 80 % des cas étaient ainsi cernés et chiffrés). Le résultat relativement simple, voire même banal, n'avait pas été accepté - mais finalement que de très peu - par l'ensemble du groupement des hôpitaux universitaires⁵⁰. Pourtant, tous les membres présents trouvaient l'idée présentée « *fort intéressante et séduisante, avec le mérite d'une approche simple et facilement applicable* »⁵¹. Finalement la décision avait été prise de commencer, le plus rapidement possible avec l'introduction des APDRG, méthode qui avait déjà fait ses preuves aux Etats-Unis.

Dans le cadre de recherches d'économies, le Valais avait introduit dès 1996 une liste de cas de semi-hospitalisation pour, d'une part, partager avec les assureurs certains frais de cas les plus usités ailleurs dans le canton en tant qu'hospitalisation ambulatoire (en premier lieu les sortir de l'hospitalier) et d'autre part diminuer les budgets d'hospitalisation des hôpitaux valaisans. A cet effet le service de la santé valaisan avait également dressé une liste des cas les plus adéquats pour ce genre d'interventions (essentiellement chirurgicales, ca. environ 200 types d'interventions). De facto, on retrouve là aussi une utilisation sur le terrain de la règle de Pareto.

En Valais, cette participation cantonale vient d'être supprimée au printemps 2002 dans le cadre de la mise en vigueur du tout neuf décret sur le « Réseau Santé Valais » à son article 16.

6.2.5 EXPLOITATION: outil de gestion dynamique

Pour l'heure, il n'existe, à notre connaissance, pas encore de vrai outil de gestion dynamique pour les hôpitaux. Il serait intéressant de transférer ou d'améliorer les outils existants dans de nombreuses branches industrielles et de les adapter au monde hospitalier. Nos modestes recherches ont cerné quelques rares outils existants surtout dans le domaine militaire ou celui de l'automatisme industriel. Il existe certes quelques ouvrages traitant du domaine, tous restés, selon nos recherches, pour l'instant en tant que modèles théoriques, sans application sur le terrain hospitalier.

6.3 REFLEXION POLITIQUE:

Peut-être que cette étude aidera à provoquer une prise de conscience politique afin de mettre en œuvre, rapidement et à moindres frais, une planification nationale tenant compte des diverses entités régionales. Des économies importantes sont à la clé. Il faut se rendre à l'évidence que même si des décisions étaient prises aujourd'hui dans ce domaine, leurs fruits ne seraient guère récoltables

⁵⁰ Ceci était probablement plus du fait qu'untel avait déjà expérimenté et mis en route les APDRG, que le second était en plein milieu d'une expérience similaire, mais différenciée et que le troisième ne voulait pas se prononcer contre un avis récent de son Conseil d'administration (dans lequel les « mandarins médicaux » ont somme toute toujours un mot important à dire), que le quatrième n'avait pas vu passer le puck parce que ce n'était pas le directeur administratif, mais son sous-chef qui le représentait à cette séance plénière, etc. etc.

⁵¹ Cf. extrait du pv de la séance du mois de janvier 1998 à ce sujet

avant cinq ou dix ans. Donc avançons!

Lausanne, en mai 2002

7. MERCI MERCI MERCI ...

Merci Mozart merci Stravinski merci merci Jimmy Hendrix merci Ravel merci Ramuz merci Louis Armstrong merci Fellini merci Gainsbourg merci Picasso merci Rodin merci Louise Michel Barbara Brel Ferré Botticelli Al Jarreau Judith Garland Billie Holiday Pasteur merci Edith Piaf Eroll Gardner Pina Bausch Peter Brook Ella Fitzgerald merci Jean-Sébastien Bach merci Betty Carter merci les Beatles merci Nougaro merci Monteverdi merci Vaclav Havel merci Tintin merci Reiser merci ma mère merci mon père, merci Robert, merci H.Bert, merci Juju, merci l'vin rouge merci l'matin qui se lève merci l'océan l'animal l'arbre l'aurore la flamme la femme merci Pierre et Marie Curie Louise Labbé Nietzsche merci Badinter merci Laurie Anderson merci Debussy Offenbach Lorca Michaux merci le pain la pluie merci Rimbaud Elvis P. Roman + P. Daniel, Leonardo da Vinci merci Marie Orson Wells Charlot Luther King merci Jaques Tati oh Renoir, oh Förg, oh Mondrian, oh Kenny Clark Ophélie le p'tit prince Léon Nunuss Schubert Shakespeare Molière Prévert Rilke + Yourcenar, Audrey Hepburn Rabelais Rousseau les ruisseaux la neige Hubert Reeves Bergman Tinguely oh oh l'hiver les Mosses Pelé Hitchcock Laurel et Hardy le sel et le sucre merci Alex merci ma Diane merci mon César merci Bernie merci mon lit Max Frisch + Dürrenmatt, l'absinthe les huîtres l'aspirine Gagarine l'éléphant Gandhi Abel Gance le sable la Cathédrale d'Albi, Isabelle, Romain, Pierre + Louis, la rosée les biches les chats la peau merci les Grottes du plus beau Lascaux le chewing-gum l'oxygène le noir [et] le blanc + le gris, le bleu, les petites chaussures vertes, le blues, la chèvre de Monsieur Seguin Bartok Poulenc l'éponge la laine l'intelligence merci l'eau le silence et l'agneau le gras du jambon Gargantua l'ivresse la passion le mystère la lavande + l'adrénaline, Ray Charles merci les chants grégoriens le savon à barbe + la Pharmacienne, les gâteaux à la crème ta main dans ma culotte ma main dans ta culotte ta culotte à la main merci l'amour merci l'autre mercibémol mercitron mercigare mercibelle si belle merci la vie oh oh la vie la vie merci.

Texte et chanson (revisitée) de **Pascal Auberson** [avec l'aimable autorisation de l'auteur]

Donc, merci en premier lieu à

GS + CS

+ AG

+ Coll OSS, très spécialement Max, Pierre et Arlette

F + e. 1.2.3

+ Cinq (5) sœur, et tous les autres soutiens de l'ombre et de la lumière

+ tous les petits et grands chef du SSP

ainsi que tous ceux qui m'ont permis d'élargir l'assiette du temps, afin de me retrouver dans un plus grand espace d'écriture.

8. PRINCIPALES ABREVIATIONS UTILISEES

APDRG	All patient diagnostic related groups
BIC	Bureau d'information et de communication de l'Etat de Vaud
CAMS	Concordat des assureurs maladie suisses
CDS	Conférence des directeurs sanitaires (suisses)
CE	Conseil d'Etat
COPAR	Commission paritaire Etat – GHRV (FHV depuis le 1.1.1999)
DEC	Département de l'économie (Etat de Vaud)
DMS	Durée moyenne de séjour
DSAS	Département de l'action sociale et de la santé (Etat de Vaud)
ENAC	Faculté de l'environnement naturel, architectural et construit à l'EPFL-Traffic
FHV	Fédération des hôpitaux vaudois (anciennement GHRV)
FMH	Fédération des médecins suisses
FRC	Fédération romande des consommateurs
IAS	Interassociation (suisse) de sauvetage
IAS	(ancien journal hebdomadaire des) Ingénieurs et architectes suisses; depuis le 1.1.2001 tec-21- en allemand : SI+A, Schweizer Ingenieur und Architekt
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance - maladie du 1.1.1996
LPFES	Vaud : Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins, du 5.12.1978, modifiée par la loi du 10.11.1997.
NUTS	Nomenclature (européenne) des unités territoriales statistiques
OFS	Office fédéral de la statistique
OSP	Organisation suisse des patients
PDC	Parti démocrate chrétien
Santésuisse	Concordat des Caisses maladie suisses (nouveau nom de la CAMS dès 2001)
SDK	Schweizerische Sanitätsdirektoren Konferenz (en français : CDS)
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SSP	Service de la santé publique (Etat de Vaud)
SSP	Syndicat des services publiques
SVM	Société vaudoise de médecine
TARMED	Tarif médical, tarif à la prestation en vigueur dès 2004 dans toute la Suisse

9. PUBLICATIONS

Bächtold, H. G. Raumplanung ohne Grenzen : Auf dem Weg zu einer trinationalen Raumordnung am Oberrhein, in IAS. Schweizer Ingenieur und Architekt N° 22 Juni 2000

Biersack O., WWZ-UNI BS "Die Planungsmethoden der Kantone" Evaluation Spitalplanung und Spitalisten nach Art. 39 KVG im Auftrag des Zentralsekretariats des SDK, Basel Januar 2000

Bloom Abby L., Health Reform in Australia and New Zealand, Oxford University Press, Melbourne, 2000

Böcken Jan, Butzlaff Martin et Esche Andreas « Reformen im Gesundheitswesen » Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2000

Crivelli L., Filippini M., Lunati D, "Dimensione ottima degli ospedali in un Stato federale" [Quaderno n00-08 UNISI, Lugano, 2000 +] Economia Publica, XXXI (5), 97-119, 2001

Dalmasso R., Romatet J-J, "L'hôpital réformateur de l'hôpital", Masson, Paris, 1999

Domenighetti G. "Introduction à l'économie de la santé", recueil de notes et d'articles, HEC, iems UNIL, 1998-99

Flückiger Roland : Städtegründungen im Spätmittelalter im oberen Saanegebiet, Doktorarbeit Uni Bern, publiziert in: Freiburger Geschichtsblätter, 1984

Genelot Dominique "Manager la complexité", INSEP éditions, Paris, 1999

Häfele, Walter, "Systemische Organisationsentwicklungen, ed. Lang Frankfurt am Main, 1990

Kleiber Charles. "Questions de soins", essai sur l'incitation économique à la performance dans les services de soins, Payot, Lausanne 1991,

Larcher Pierre, Poloméni Pierre "La santé en réseau", éd. Masson, Paris, 2000

Lyons R.A et al. Population requirements for adult critical-care beds: a prospective quantitative and qualitative study, Lancet, 2000, 355 (february) p. 595-98

Moessinger A. et al. Rapport du groupe de travail sur le réseau néonatal et ses annexes; travail rendu en avril 2000 et publié que partiellement au SSP vaudois.

Newhouse Joseph P. "medical Care Costs: How Much Welfare Lost?" Journal of Economic Perspectives, 6 (1992) 3-21

OFS, édité par Dr Werner Haug, Les grandes régions de la Suisse, La Suisse dans le système des régions NUTS, Neuchâtel, 1999

Peeters Dominique, Pierre Arnold, Thomas Isabelle "Network configuration and P-median results: the case of the hexagonal spatial structure", CORE, Urban systems, 1-2-3, 69-90, Louvain, 1995

Pineault Raynald et Develuy Carole, "La planification de la santé". Concepts, méthodes, stratégies, Editions Nouvelles, Montréal, 1995

Probst G.J.B et Ulrich, H. "Pensée globale et management", Genève, 1980

Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires "Quel système de santé à l'horizon 2020?", DATAR-CREDES, La Documentation française, octobre, 2000

Sailly J-C. et al. « 10 ans d'avancée en économie de la santé, ISBN-2-7420-0198-0 Paris, 1997

Thomas, Isabelle « Sensibilité du découpage spatial optimal des services d'urgence à la définition de la demande, quelques réflexions sur un exemple mésogéographique », parue dans l'Espace géographique, no 4, 1993.

10. ANNEXES

Annexe 1 : "la Maison de Naissance" à Châtel St. Denis-FR

Annexe 2 : Soins intra-muros en Suisse, OFS, 1999

Annexe 3 : "Manager la Complexité", D. Genelot

Annexe 4 : Schéma: Contradiction entre Organisation et Administration

Annexe 5 : Système de soins: interaction entre dépense et financement

Annexe 6 : Graphique de "Wright"

Annexe 7 : La logique des besoins en conflit avec la logique des moyens

Annexe 8 : Les réformes de la LAMal prévues en 2002 et ss

Annexe 9 : IAS: renforcement de la chaîne des urgences

Annexe 10 : "Taille idéale d'un Hôpital en Suisse" L: Crivelli

Annexe 11 : LAMal, article 39 (planification)

Annexe 12 : Un résumé des NOPS

Annexe 13 : "Profil type d'un hôpital de secteur" P. Bréaud

Annexe 14 : Programme type d'un hôpital de 250 lits

Annexe 15 : "Un nouveau concept hospitalier" C. Decosterd

Annexe 16 : Résumé des propositions des partis politiques, automne 2001

Annexe 17 : Interview de F-X Dechenaux, secr. FMH

Annexe 18 : "La santé en réseaux" P. Larcher

Annexe 19 : Abby Bloom: "Health Reform in OZ & N-Z"

Annexe 20 : GEOSTAT: explications détaillées

Annexe 21: Financement moniste, explication de santésuisse

Annexe 22 : NUTS et grandes régions

Annexe 23 : Région de Bâle

Annexe 24 : Tableaux de modélisations: 30,40,50 et 261 hôpitaux

Nota: Les annexes sont disponibles dans un tiré à part